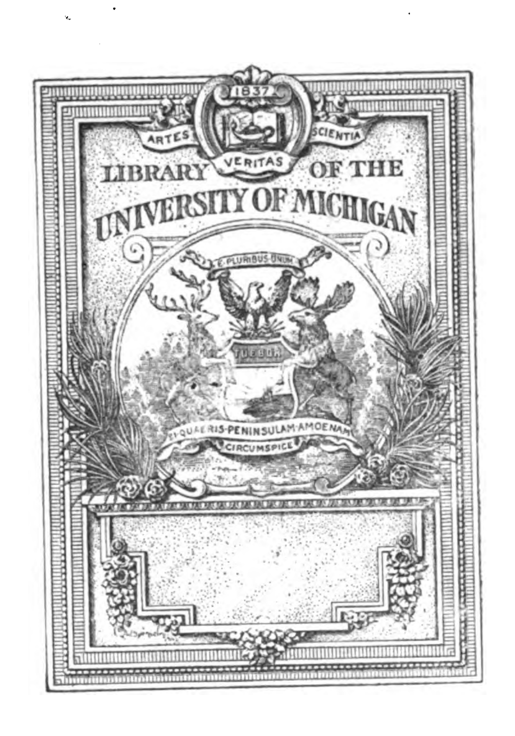

D 3 9015 00399 412 9
University of Michigan – BUHR


1837
ARTES
VERITAS
SCIENTIA
LIBRARY OF THE
UNIVERSITY OF MICHIGAN
E PLURIBUS UNUM
TUEBOR
SI QUAERIS PENINSULAM AMOENAM
CIRCUMSPICE

INHALTS-VERZEICHNIS.

Die mit * bezeichneten Zahlen beziehen sich auf Original-Arbeiten, die eingeklammerten auf die russische Literatur-Beilage

Sach-Register.

A.

B.

C.

D.

E.

F.

G.

H.

I.

J.

Q.

R.

S.

Namen-Register.

XXXII. JAHRGANG. ST. PETERSBURGER Neue Folge XXIV. Jahrg.

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Redaktion von

Prof. Dr. Karl Dehio. Dorpat. Dr. Johannes Krannhals. Riga.

Dr. Rudolf Wanach. St. Petersburg.

Die „St. Petersburger Medicinische Wochenschrift" erscheint jeden Sonnabend.—Der Abonnementspreis ist in Russland 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr incl. Postzustellung; in den anderen Ländern 20 Mark jährlich, 10 Mark halbjährlich. Der Insertionspreis für die 3mal gespaltene Zeilen in Petit ist 20 Kop. oder 45 Pfen.—Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt. – Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.

Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate bittet man ausschliesslich an die Buchhandlung von K. L. Ricker in St. Petersburg, Newsky-Prospekt № 14. zu richten. — Manuscripte sowie alle auf die Redaktion bezüglichen Mitteilungen bittet man an den geschäftsführenden Redakteur Dr. R. Wanach in St. Petersburg, Petersb. Seite, Alexandrowski Pr. 6 zu richten. Sprechst. Dienstag, Donnerstag und Sonnabend 5—6.

№ 1 St. Petersburg, den 6. (9.) Januar. 1907.

Einiges über den Trichocephalus dispar.

(Vortrag, gehalten im Aerzteverein Oberkurlands).

Von

Dr. E. Rippe.

Dem Trichocephalus dispar oder Peitschenwurm, welcher, trotz der Beobachtungen von Pascal [1]), Barth [2]), Gibson [3]), Burchard [4]) und Mosbrugger [5]) noch vor nicht sehr langer Zeit als ein harmloser Schmarotzer des Blinddarmes galt (Jürgensen [6]), Eichhorst [7]), Leichtenstein [8]), Sommer [9]), ist in den letzten Jahren durch eine ganze Reihe Berichte in der medizinischen Literatur von verschiedenen Autoren, von denen ich nur die Namen Girard [10]), Guiart [11]), Metschnikow [12]), Becker [13]) und Sandler [14]) nennen will, der Nimbus der Unschädlichkeit genommen und sind seine Charaktereigenschaften aus dem Dunkel des Coecums allmählich ans Tageslicht gekommen und bekannt geworden.

Die relative Häufigkeit seines Auftretens auch hier zu Lande und die Mannigfaltigkeit der Störungen, die mit seinem Vorhandensein im Darme des Menschen Hand in Hand gehen, wobei immer wieder neue Seiten seiner parasitarischen Wirksamkeit hervortreten, berechtigen mich zu einer Beleuchtung der augenblicklich sowohl theoretisch interessanten, wie auch praktisch wichtigen Trichocephalusfrage.

Der Peitschenwurm gehört zu den kleineren Wurmparasiten des menschlichen Darmkanals. Die Länge der Männchen beträgt 40—45 mm., die des Weibchen 50 mm., die grösste Dicke nur 1 mm. Das Männchen ist durch den spiralig gebogenen Hinterleib vom Weibchen zu unterscheiden. Der Vorderleib ist haardünn, peitschenartig.

Was die Häufigkeit des Trichocephalus beim Menschen anbetrifft, so halten ihn Leichtenstein, Mosler und Peiper [15]), Guiart für den am meisten vorkommenden Darmparasiten. Zu etwas anderen Resultaten haben die Untersuchungen Grusdews und Resslers bei Kindern in Russland geführt; es zeigte sich, dass am häufigsten folgende Parasiten auftraten: Ascariden (10—33%), Oxyuris vermicularis (2—18%), Botriocephalus latus (4—16%). Der Trichocephalus dispar (2—4%) und die Taenien (0,4—8%) dagegen bei Kindern weniger häufig als bei Erwachsenen zu finden waren.

Dank der Liebenswürdigkeit des Herrn Mag. pharm. Jutt, welcher mir die Resultate der in seinem Laboratorium in den 5 letzten Jahren gemachten Faecesuntersuchungen gefälligst zur Verfügung gestellt hat, bin ich in der Lage Ihnen einige statistische Daten über das Vorhandensein des Trichocephalus dispar bei uns hier in Dwinsk bringen zu können.

Im Ganzen liegen 184 Untersuchungen mit positivem Parasitenbefunde vor, wovon bei Erwachsenen 103, bei Kindern 81 gemacht worden sind. Die verschiedenen Parasitenformen waren folgendermassen vertreten.

Taenien	in	11	Fallen	5,98 %
Botriocephalus	„	7	„	3,8 %
Ascaris	„	125	„	67,93 %
Oxyuris	„	41	„	22,28 %
Trichocephalus	„	79	„	42,93 %

Der Peitschenwurm wurde bei Erwachsenen 40 mal (bei 103 Untersuchungen — 38,83%), bei Kindern 39 mal (bei 81 Untersuchungen — 48,04%) gefunden, dabei war er allein in den Faecalmassen vertreten 30 mal (37,85%), zusammen mit anderen Darmparasiten 49 mal (62,15%). Was die Symbiose des Trichocephalus dispar anbetrifft, so trat er am häufigsten mit Ascaris lumbricoides zusammen auf, weniger häufig mit Oxyuris vermicularis und in einzelnen Fällen mit Anchylostomum duodenale, Cercomonas intestinalis, Amoeba coli und den anderen Darmparasiten.

Aus diesen Zahlen ergiebt es sich:

1) dass der Trichocephalus dispar in Dwinsk nach dem Ascaris lumbricoides einer der am häufigsten vor-

kommenden Darmparasiten ist, 2) dass er fast ebenso oft bei Erwachsenen wie bei Kindern vorkommt, 3) dass er häufiger mit anderen Parasiten zusammen im Darme des Menschen vegetiert, als allein anzutreffen ist.

Die dickschaligen bräunlichen Eier haben ein charakteristisches Merkmal, sie sind an den kleinen knopfartigen Ansätzen an beiden Polen deutlich zu erkennen. Von praktischer Wichtigkeit ist die verhältnismässig grosse Widerstandsfähigkeit der Eier gegen äussere Einflüsse, die selbst mässigen Frost und Trockenheit schadlos an ihnen vorübergehen lässt (Mosler und Peiper). Durch den Wind können die eihaltigen Faecalmassen zerstäubt und überall hingetragen werden. Dadurch ist das häufige Vorkommen der Parasiten im Darm zu erklären, denn nicht nur an unsauberen Händen können die Eier haften bleiben, durch den Staub, von der Erde gelangen sie ins Trinkwasser, auf Obst und Gemüse und damit in den Verdauungsapparat der Menschen. Leukkarts[16]) Untersuchungen lassen ausserdem mit Wahrscheinlichkeit annehmen, dass der Peitschenwurm zu seiner Entwickelung keines Zwischenwirtes bedarf.

Bevor ich nach dieser kurzen naturgeschichtlichen Einleitung zur Symptomatologie übergehe, erlaube ich mir aus einer Reihe von Fällen, die ich in Dwinsk beobachtet, 2 hier anzuführen, deren Krankheitsgeschichte ich in möglichster Kürze wiedergeben will.

Fall I. Frau A. S. fühlt sich seit 3 Jahren krank. Klagt über Uebelkeit und Erbrechen, welches zeitweise häufig und stark auftritt, über Appetitlosigkeit, Schwäche, Schwindel, Niedergeschlagenheit, wechselnde Stimmung mit häufig eintretender Apathie. Schmerzen im rechten Bein, die oft einen akuten ausstrahlenden Charakter annehmen. Stuhl neigt zu Obstipation, zur Beseitigung welcher Patientin öfter zum Gebrauch von Arzeneimitteln greifen muss. Die Schleimhäute der Augen und Lippen sind blass, die Zunge nicht belegt. Die rechte Pupille ist im Vergleich zur linken erweitert, die Reaktion auf Licht und Akkomodation ist vorhanden. Das Abdomen ist etwas aufgetrieben, ergiebt bei der Perkussion Tympanie mit einer Dämpfung des Tones in der Gegend des S. Romanum. Die Ileo-coecalgegend ist beim Druck empfindlich, jedoch nicht ausgesprochen schmerzhaft. Druckempfindlichkeit der Nervenpunkte des rechten n. ischiadicus. Im Stuhl hin und wieder Schleim. Eine mikroskopische Untersuchung liess die Anwesenheit von Trichocephaluseiern in den Faecalmassen konstatieren. Nach einer einmaligen Thymolkur (4,0 + Gummi arabicum) wichen alle diese Beschwerden, der Appetit kehrte schon am nächsten Tage nach der Kur wieder ein. Die Ischiasschmerzen traten nicht wieder auf und das Allgemeinbefinden wurde sichtlich besser. Bei mehrmals vorgenommener Nachuntersuchung der Faeces waren keine Trichocephaluseier mehr zu finden. Seit nun mehr als 3 Jahren fühlt sich Patientin von ihrem Leiden vollständig hergestellt.

Fall II. J. W. 23 Jahre alt. Trat ins Dwinsker Militärhospital mit einer Pleuritis exsudativa purulenta sinistra. Klagt ausserdem über Anfälle von Bewusstlosigkeit, die ihn recht oft, manchmal bis 5 mal täglich befallen. Die Anfälle wiederholen sich dazwischen täglich, oder es tritt eine Pause von 1—2 Wochen ein. Früher waren die Anfälle seltener, der erste trat ungefähr vor 1 Jahr auf. Im Hospital hatte ich die Möglichkeit mehrere Anfälle zu beobachten, die den Charakter epileptoider trugen. Sie dauerten von 5 Minuten- bis zu einer ½ Stunde, waren mit Bewusstseinstrübung verbunden. Schwache klonische Krämpfe in den Armen, manchesmal in den Beinen. Die Pupillen waren während des Anfalles ohne wesentliche Veränderung, ihre Reaktion war vorhanden. Die Patellarreflexe blieben während des Anfalles unverändert. Der Puls ging etwas beschleunigt. Dazu allgemeine Unruhe, mit Zähneknirschen verbunden. Zeitweise Klagen über Uebelkeit. Abdomen nicht aufgetrieben, in d. regio ileo-coecalis Gargouillement und Schmerzen beim Druck. Stuhl bald zu Obstipation, bald zu Diarrhoe geneigt. In den Faecalmassen Trichocephaluseier. Nach einer mehrtägigen Calomelkur (0,06 × 4 pro die) schwanden die Anfälle, allmählich schwächer werdend. Am 21. Januar trat Exitus letalis ein, nachdem sich zur Pleuritis eine Pneumonie und eine Bronchitis putrida hinzugesellt hatten. Bei der Obduktion war makroskopisch von Seiten des Gehirns nur ein geringes Oedem der weichen Gehirnhäute zu konstatieren. Der Knochenbau des Schädels wies keine Abnormitäten auf. Die Schleimhaut des Coecum und des anliegenden Teils des Dünndarms erwies sich als hyperaemiert und mit Schleim bedeckt. Sonst waren keinerlei Veränderungen zu bemerken. In den Faecalmassen des Coecums wurden einige Exemplare des Trichocephalus gefunden.

Was die Symptomatologie der Trichocephaliasis anbetrifft, so hat Becker[13]) die einzelnen Symptome praktisch in 3 Gruppen eingeteilt.

Erscheinungen von Seiten des Magendarmkanals, des Nervensystems und des Blutes, welche Einteilung ich in folgendem beibehalten will.

I. Erscheinungen von Seiten des Magendarmkanals.

1) Das Erbrechen tritt nicht in jedem Falle ein, manchmal können wir nur ein zeitweise auftretendes Uebelkeitsgefühl finden, in manchen Fällen fehlt aber auch dieses. Dies Symptom ist entweder auf eine reflektorische Wirkung zurückzuführen oder ist toxischen Ursprunges, wie Morsasca[17]) vermutet, da es möglich ist, dass die Trichocephalen, ähnlich wie der Botriocephalus latus toxische Stoffwechselprodukte ausscheiden können.

2) Schmerzen im Abdomen, oder speziell in der Coecalgegend können spontan vorkommen, oder, wie in unseren beiden Fällen, nur beim Druck auf letztere empfunden werden und offenbar je nach der Stärke des katarrhalischen Prozesses im Coecum.

3) Der Appetit ist manchmal geschwächt, wie in unserem Fall I, manchmal bleibt er auch unverändert (Mosbrugger).

4) Der Stuhlgang kann auch verschiedene Abweichungen von der Norm erleiden. Im Fall I und mehreren anderen, von uns beobachteten, Fällen, konnten wir deutlich eine Neigung zur Obstipation aufweisen, im Fall II wechselten Obstipation und Diarrhoe ab. In manchen der in der Literatur vorhandenen Fälle (Burchard[4]), Mosbrugger[5])), war Diarrhoe zu verzeichnen und dieses zwar dann, wenn die Anzahl der Eier, resp. der im Darm vorhandenen Parasiten eine recht beträchtliche war (in einem Fall von Mosbrugger belief sich die Gesammtzahl der Würmer auf 442 männliche und 445 weibliche Individuen, im zweiten hatte Leichtenstein 1650 Eier in 1 cctm. flüssiger Faeces berechnet). So können wir wahrnehmen, dass eine Verhärtung des Stuhls bei geringerer Parasitenzahl, resp. schwächerem Darmreiz, dagegen eine Tendenz zu Durchfallen bei grösseren Mengen, resp. stärkerer katarrhalischer Affektion des Coecums stattfindet.

Blut im Stuhl konnte ich in einigen Fällen konstatieren, und zwar in Form kleiner Streifen im Schleim, was wohl von einer Verletzung der Darmschleimhaut durch den Parasiten herrührte. Gallertartige Ausleerungen, wie sie Mosbrugger gesehen hat, habe ich nicht beobachtet.

5) Girard[10]) fand im operierten Appendix in einem Falle von Appendizitis mit Peritonitiserscheinungen

ein männliches und ein weibliches Exemplar des Trichocephalus, so dass der Peitschenwurm auch Ursache einer Appendizitis sein kann. Metschnikoff hat auch schon auf die Rolle der Würmer bei der Entstehung der Appendizitis hingewiesen.

6) Auch in der Aethiologie des Typhus abdominalis wurde der Trichocephalus dispar hinzugezogen. Guiart[11]) fand während einer Typhus-Epidemie in Brest im Jahre 1904 bei 10 Typhuskranken von 12 untersuchten, eine Menge Trichocephaluseier in den Faecalmassen und nimmt auf Grund dieser Beobachtung an, dass der Peitschenwurm durch die von ihm verursachten Schleimhautverletzungen zur Infektion des Darmes durch Typhusbazillen führen kann.

II. Symptome von Seiten des Nervensystems.

1) Subjektiv können bei Patienten die verschiedensten Erscheinungen auftreten: Das Gefühl der Schwäche, Schwindel, Apathie, Niedergeschlagenheit, wechselnde Stimmung, Kopfschmerz und Schmerzen in den Gliedern.

2) Die Sehnen-Reflexe sind meistens nicht verändert. Interessant ist in unserem Fall I die Ungleichmässigkeit der Pupillen, die wohl auf einen toxischen Sympaticusreiz zurückzuführen sein wird.

3) In demselben. Falle konnten wir eine deutliche rechtsseitige Ischias beobachten, mit ausstrahlenden Schmerzen und empfindlichen Druckpunkten am Nervenstrang. Es handelt sich in diesem Falle, meiner Ansicht nach, um eine toxische Neuritis.

4) Ein anderes Bild weist unser Fall II auf, wenn wir dabei die Aetiologie der epileptoiden Anfälle auch nicht ausschliesslich dem Vorhandensein des Trichocephalus im Coecum zuschreiben wollen, da ja auch bei Epileptikern post mortem manchmal Gehirn und Schädel keine Abweichungen von der Norm aufwiesen, so möchte ich doch wenigstens eine Einwirkung dieser Gegenwart des Trichocephalus auf das Auftreten der Anfälle als möglich halten, da nach einer Darmdesinfektion die Häufigkeit und Intensität der Anfälle beträchtlich abnahmen. Bezeichnend ist es, dass Idioten und Geisteskranke diesen Parasiten besonders oft zu beherbergen scheinen. (Mosler und Peiper).

5) In den Fällen von Pascal[1]) und Barth[2]) wurden Gehirnerscheinungen und zwar die einer Meningitis beobachtet; bei der Obduktion erwies es sich jedoch, dass das Gehirn vollkommen gesund war, im Coecum hingegen ausserordentliche Mengen von Trichocephalen gefunden wurden. Erni[18]) will in der Helminthiasis und zwar in dem Trichocephalus und dem Anchylostomum die Ursache der Beri-Beri sehen und erklärt das Auftreten der Nervensymptome durch eine toxische Wirkung aus dem Darmkanal, die Reflexerscheinungen verschiedener Art durch den Sympaticus verursachen kann.

III. Symptome von Seiten des Blutes.

Dass die Gegenwart des Trichocephalus dispar nicht ohne Einfluss auf die Zusammensetzung des Blutes bleibt, ist in letzter Zeit wiederholt bemerkt worden. In einigen Fällen handelte es sich um eine starke progressive Anaemie mit Diarrhoe und Blut im Stuhl. Hierher gehört der Fall von Morsasca[17]), in welchem bei der Untersuchung der Entleerungen eine ausserordentlich grosse Menge von Trichocephalus-Eiern zu konstatieren war. Die angewandten Anthelmintica versagten bei der Behandlung, es trat Besserung nach Verordnung stärkender Mittel ein. — Zu etwas anderen Resultaten kam Becker[13]). In einem von ihm beschriebenen Falle, — es handelte sich um eine 22-jährige Köchin, die seit einem Jahr an einer, wegen der subjektiven Begleiterscheinungen lästigen Anaemie litt, zeigte der Blutbefund 3.456,000 rote Blutkörperchen, 6250 weisse, 35% Haemoglobingehalt. Die Auszählung der Leukozyten ergab 69% Polynucleäre, 20% Lymphozyten, 2% Eosinophile. Eine 4 wöchentliche Behandlung mit Liq. ferri sesquichlorati erwies sich als erfolglos — die Zahl der roten Blutkörperchen ging auf 3.200,000 herunter. Nach einer Trichocephaluskur, die wegen der zahlreich vorhandenen Eier in jedem Faeces-Präparat, eingeleitet wurde und in Benzinklystieren bestand, wovon Patientin 8 bekam (zuerst 1 Esslöffel Benzin auf 1 Liter, dann 1 Teelöffel), trat Besserung ein. Die, nach Beendigung der Kur, unternommene Blutuntersuchung ergab 5.100,000 rote Blutkörperchen, wobei auch der Haemoglobingehalt auf 70% gestiegen war. Ein zweiter, von Becker beschriebener Fall ist dadurch interessant, dass die roten Blutkörperchen zum Teil kernhaltig waren und viele Mikro- und Makrozyten enthielten. In letzter Zeit hat Sandler[14]) einen Fall von Trichocephaliasis mit starker Anaemie und tötlichem Ausgang veröffentlicht. Die beim Beginn der Beobachtung gemachte Blutuntersuchung ergab nur 1.200,000 rote Blutkörperchen, hingegen 30,600 weisse und nur 28% Haemoglobin. Es fiel dabei die Verschiedenheit in der Grösse der roten Blutkörperchen auf, wobei zahlreiche Mikrozyten vertreten waren. Keine kernhaltigen roten Blutkörper. Mässige Poikilozytose. Sowohl eine, nach Grawitz, eingeleitete Ernährungskur, wie auch eine vorgenommene Trichocephaluskur blieben erfolglos. Der Blutbefund verschlimmerte sich und waren bei einer, nach 1½ Wochen gemachten Untersuchung nur 690,000 rote und 14,000 weisse Blutkörperchen in einem cmm. Blut zu konstatieren, dabei nur 20% Haemoglobin. Nach 1 Monat trat exitus letalis unter Krämpfen und Erbrechen ein.

Ich blieb bei dem Blutbefund bei Trichocephaliasis etwas länger stehn, weil gerade dies eine der unangenehmsten Begleiterscheinungen des Parasitierens des Peitschenwurmes sein kann. Woher aber diese Anaemie? Askanazy[19]) gab 1896 den Nachweis, dass der Trichocephalus ein blutsaugender Parasit ist. Er fand im Darmschlauch des Wurmes ein eisenhaltiges Pigment, welches er als ein Zersetzungsprodukt des aufgesaugten Haemoglobins auffasste. Bei, eben aus dem Darm während der Obduktion herausgenommenen Trichocephalen, kann man recht oft sehen, dass das dünne Ende des Wurmes 1—1½ ctm. weit rötlicher gefärbt ist. Durch die freundliche Bereitwilligkeit des Herrn Mag. pharm. Jutt (in Dwinsk) der eine chemische Untersuchung vorgenommen hatte, bin auch ich in der Lage zu bestätigen, dass im rötlich gefärbten Kopfende des Wurmes sich mikrochemisch Eisen nachweisen lässt. Auf Grund mikroskopischer Untersuchungen kam Askanazy zu dem Schluss, dass der Peitschenwurm mit dem schmalen Ende seines Körpers sich in die Darmschleimhaut einbohrt. Da jedoch der direkte Blutverlust, welcher durch den Trichocephalus herbeigeführt wird, auch, wenn er in grösseren Mengen sich im Coecum angesiedelt hat, kein so bedeutender sein kann, suchte man den anaemischen Zustand zum Teil durch die mangelhafte Ausnutzung der Nahrungsmittel und durch die Eiweissverluste, welche die Patienten, infolge massenhafter Entleerungen erleiden, zu erklären (Mosbrugger).

Wo aber auch dies nicht zutrifft, die Darmerscheinungen sozusagen. in den Hintergrund treten, wäre man doch nicht abgeneigt, der schon mehrfach vermutungsweise ausgesprochenen Ansicht Glauben zu schenken, dass der Trichocephalus dispar, ähnlich dem Anchylostomum duodenale und Botriocephalus latus ein Gift ausscheidet, das vom Wirten aufgenommen wird und nach verschiedenen Seiten hin seine Wirkung im Körper des Letzteren auszuüben imstande ist.

Nun noch kurz die pathologisch-anatomischen Befunde. Was die Zahl der Parasiten im Darm anbetrifft, so kann sie eine enorme sein und das in den schwersten Fällen. So fand Rudolphi bis 1000 Exemplare, Mosbrugger 887, Bellingham 119, Ascanazy einige mal 50—100, Pix[20]) 100 in einem Darm, gewöhnlich aber, in den leichteren Fällen, wie ich es auch in Dwinsk gefunden habe, ist die Zahl der Parasiten nicht mehr als 20—30. Doch auch eine solche, verhältnismässig geringe Anzahl vermag anatomisch deutlich wahrnehmbare Störungen im Darm hervorzurufen. So sah ich bei der Obduktion in jedem Fall, in welchem Peitschenwürmer im Coecum gefunden wurden, die Schleimhaut aufgedrungen, gerötet und stark mit Schleim bedeckt. In einem Fall waren die Follikel des Coecums hyperplasiert. Ekchymosen habe ich nicht beobachtet, manchmal aber eine rote Pigmentierung der Schleimhaut. In einigen, gerade mit schweren Darmerscheinungen einhergegangenen Fällen von Typhus abdominalis, konnte ich die Gegenwart von Trichocephalus im Darm bei der Obduktion konstatieren, was die oben angeführte, von Guiart ausgesprochene Ansicht zu bestätigen scheint. Doch auch noch zu anderen Erscheinungen kann es kommen, wie Pix und Mosbrugger berichtet haben, welche in mehreren Fällen bei der Obduktion einen heftigen Darmkatarrh mit mehrfacher Geschwürbildung gesehen haben. Wie schon erwähnt, kann Trichocephaliasis auch zur Appendizitis führen.

Zum Schluss einiges über die Therapie. Es giebt der Mittel viele, die von verschiedenen Aerzten mit verschiedenem Erfolge bei der Behandlung der Trichocephaliasis angewandt wurden.

Von den bekannten Wurmmitteln Extr. Filicis maris und Santonin ist man in letzter Zeit abgekommen. Gibson wies schon im Jahre 1862 darauf hin, dass er recht günstige Resultate von einer 2 mal täglichen Gabe Calomel zu 0,06 mit 0,3 Rheum erzielt hatte.

Von anderen, Strümpell, Lutz[21]) wird dem Thymol eine gute Wirkung zugeschrieben und habe ich in Dwinsk auch von der Darreichung dieses Mittels, das in grösseren Dosen (2,0—4,0 mit Gummi arabicum) angewandt werden muss (Bozzolo[22])), in einigen Fällen sehr günstige Erfolge gesehen. Im beschriebenen Fall I war das Resultat einer solchen Thymolkur geradezu ein auffallend gutes. In manchen Fällen, besonders bei Kindern, würde es sich doch raten lassen, die Darreichung von Arzeneimitteln per os mit Darmausspülungen zu verbinden. Dabei wären dann die von Becker angewandten Benzinklystiere, den Naphtalin- und Knoblaucheingüssen vorzuziehen. Es muss hier aber doch erwähnt werden, dass trotz energisch angewandter Kur der Parasit manchmal recht hartnäckig im Coecum verbleibt. In solchen Fällen ist man gezwungen entweder die Kur zu wiederholen oder die Mittel zu wechseln und zu kombinieren.

Indem ich mich denen anschliesse, die den Peitschenwurm für einen keineswegs harmlosen Darmschmarotzer halten, hoffe ich Ihre Aufmerksamkeit auf diesen kleinen, aber häufigen Parasiten des Menschen gelenkt und Ihnen gezeigt zu haben, dass bei der Beurteilung der Patogenese verschiedener Darm- und Nervenstörungen auch auf seine eventuelle Gegenart im Coecum Acht gegeben werden muss, was ja auch für die vorzunehmende Therapie von wesentlicher Bedeutung sein kann.

Literatur:

1) Pascal: Bull. Soc. méd. № III, pag. 59; 2) Barth: Valleix. Guide. du méd. patr. B. VI. pag. 98; 3) Gibson: Lancet 1862. Vol. II. 9. VIII. S. 519; 4) Burchard: Deutsch. med. Wochenschr. 1880, № 48; 5) Mosbrugger: Med. Korrespondenzbl. 1890, № 25, Münch. med. Wochenschrift 1895, № 47; 6) Jürgensen: Lehrbuch d. spez. Path. u. Ther. 1902. S. 704; 7) Eichhorst: Lehrbuch d. spez. Pat. und Ther. 8) Leichtenstein: Penzoldt und Stintzing. Lehrb. d. spez Path. u. Ther. Bd. IV; 9) Sommer: Realencyclop. d. med. W. von Eulenburg, Trichocephalus; 10) Girard: Annales de l'inst. Pasteur 1901, № 6; 11) Guiart: Médicine moderne 1904, 42, p. 335; 12) Metschnikow: Русскій Врачъ, 1902, № 1; 13) Becker: Deutsch. med. Woch. 1902, № 26; 14) Sandler: Deutsch. med. Woch. 1905, № 3; 15) Mosler und Peiper: Tierische Parasiten. 1894, S. 311; 16) Leuckart: Die menschlichen Parasiten. II. Bd. S. 465; 17) Morsasca: Zentralbl. f. inn. Med. 1897 S. 551; 18) Erni: Berl. klin. Woch. 1886, S. 614; 19) Askanazy: Deutsch. Archiv für klin. Med. 1896; 20) Pix: Zeitschr. f. Psychiatrie Bd. XVII, p. 163; 21) Lutz: Zentr. f. Bakter. 1885, № 25; 22) Bozzolo: Zentr. f. med. Wiss. 1881, S. 591.

Bücheranzeigen und Besprechungen.

L. Löwenfeld: Sexualleben und Nervenleiden. Wiesbaden. Verlag von J. F. Bergmann. 1906.

Nachdem Verf. im ersten Kapitel den Sexaltrieb und die Pubertätsentwicklung besprochen, geht er im folgenden Abschnitt zur Besprechung der nervösen und psychischen Störungen der Pubertätszeit, während der Menstruation, des Klimax und der Schwangerschaft über, sowie auf den Einfluss der letzteren auf Neurosen und Psychosen. Zu den häufigsten nervösen Affektionen während der Gravidität gehören die Hyperemesis, Neuralgieen und Neuritis. Die Hysterie wird während der Schwangerschaft häufig gebessert, die Epilepsie dagegen erfährt fast immer eine Verschlimmerung. In dem folgenden Abschnitt über sexuelle Abstinenz beim Mann und Weib führt Verf. verschiedene Ansichten an, aus denen hervorgeht, dass hier noch keine einheitliche Auffassung vorliegt. Die sexuelle Anaesthesie kommt beim weiblichen Geschlecht viel häufiger vor. In wie weit sexuelle Exzesse eine schädliche Wirkung auf das Nervensystem ausüben, lässt sich schwer beurteilen, weil das Maass geschlechtlicher Leistung je nach Rasse, individueller Anlage etc. verschieden ist. Da die Potenz vom 36. Lebensjahr in stetiger Weise abnimmt, so ist die Fähigkeit des Nervensystems, irgend wie in seinem Bereich verursachte Störungen auszugleichen, nach dem 36. Lebensjahr verringert. Nach L.'s Meinung spielen Exzesse in venere bei Rückenmarkserkrankungen keine grosse Rolle, am ehesten scheinen dieselben der Entwickelung der Tabes Vorschub zu leisten. Beim weiblichen Geschlecht liegen keine stichhaltige Beweise für das Vorkommen organischer Erkrankungen des Nervensystems vor. Den nächsten Abschnitt bilden Masturbation, Praeventivverkehr und der Einfluss des sexuellen Verkehrs auf das Nervensystem. Die Beziehungen zwischen den Affektionen des weiblichen Geschlechts und dem Nervensystem sind innigere, als beim männlichen. Hierher gehört der vielfach umstrittene Zusammenhang zwischen Hysterie und Genitalleiden. An dieses schliesst sich eine ausführliche Mitteilung über Anomalieen und Perversität des Geschlechtstriebs. Im Schlusskapitel werden die therapeutischen Gesichtspunkte besprochen, welche vorzugsweise in konsequenter psychischer Behandlung bestehen. Daneben Hydro-, Klimato-, Hypno- und Elektrotherapie, Massage, roborierende Diät, Motion etc.

L.

R. Funcke: Eine neue Offenbarung der Natur. Hannover. Verlag von Gebrüder Hiller.

Ver. beginnt mit der Lebensbeschreibung einer 17-jährigen Bulgarin — Virgo intacta, — welche nach der Ermordung ihrer Schwester, der Mutter eines Säuglings, das Kind an die Brust legte, worauf sich alsbald Milch einstellte und zwar in einer Menge, dass das Sauggeschäft in normaler Weise verrichtet werden konnte, dabei blieben die Menses aus. Bei Gelegenheit der Erklärung der Menstruation, Schwangerschaft in populärer Weise versichert Verf. «dass durch eine bereits vorhandene Milchsekretion die Möglichkeit einer Schwanger-

schaft mit **absoluter** (fett gedruckt) Sicherheit aufgehoben werden kann» — eine Ansicht, der Verf. übrigens selbst im Weiteren (pag. 75) widerspricht. Weiter heisst es: «wie jedes reife Mädchen und jedes Weib, das nicht bereits schwanger ist, seine Menstruation haben muss, so muss auch jedes reife Mädchen in seinen Brüsten Milch haben — oder es ist nicht gesund». Das Kapitel «Natur und Unnatur im Menschenleben» enthält manches Richtige. Verf. sucht nachzuweisen, dass unser Geschlecht von Generation zu Generation physisch degeneriert. Bei der Leibespflege des jungen Mädchens spielt eine grosse Rolle die konsequent durchgeführte Massage der Brüste, worauf alsbald Milchsekretion eintritt. «Solange ein Mädchen die Milchsekretion durch ein tägliches Abziehen derselben intakt erhält, wird bei demselben auch die Menstruation ausbleiben und eine eventuelle Prägnation nicht stattfinden können». Das junge Weib hat es in der eignen Hand, entscheiden zu können, ob es Mutter werden will oder nicht. Weiter heisst es: «ist insonderheit der Kraftfluss des Weibes aus den Genitalien in die Brüste derart umleitbar, dass die Natur das Blut, das sich, bestimmt zur Ernährung eines neuen Wesens, periodisch in der Schleimhaut des Uterus ansammelt, in nährende Milch umwandelt: so sehen wir uns damit plötzlich vor eine neue Wahrheit hingestellt — die nämlich, dass dann die Menstruation gleichfalls eine Kraftverschleuderung des Weibes darstellt, der endlich nun Einhalt getan werden muss». Das Weib soll nur menstruieren, wenn es den festen Wunsch hat gravid zu werden. Sollte ein Mal eine junge Mutter nicht stillen können, so kann ein junges Mädchen, dessen Brüste durch Massage vorbereitet sind, nähren statt der künstlichen Nahrung. Tierische Milch einem jungen Menschenleben geben, heisst Unnatur predigen, «denn das Kind nimmt» nach Ansicht Verf.'s «nicht nur die grobstofflichen Bestandteile der tierischen Milch in sich auf, sondern mit den der tierischen Milch innewohnenden Fluiden auch tierische geistige Kräfte. Für wen fliesst die Milch der Jungfrau?» fragt Verf. und beantwortet die Frage mit den Worten: «es bleibt doch die Tatsache bestehen, dess die Milch der Jungfrau in erster Reihe dem Manne ihres Herzens gehört». Diese dem Manne gereichte Kraft «ist das natürliche Aequivalent für die dem Weibe im intimen Verkehr dargereichte männliche Kraft».

Ref. hat soweit, wie möglich des Verf.'s eigene Worte gebraucht, um dem Leser selbst die Möglichkeit zu geben, sich über die einzig dastehende Offenbarung der Natur sein Urteil zu bilden.

L.

Ribbert, H. Beiträge zur Entstehung der Geschwülste. Ergänzung zur „Geschwulstlehre für Aerzte und Studierende" (1904). Mit 50 Abbildungen. Bonn, Verlag von Friedrich Cohn, 1906.

Zwei Jahre waren verstrichen, seit Ribbert's «Geschwulstlehre» erschienen war, in welcher er seine schon vielfach dargelegten Anschauungen über die Geschwulstgenese zusammenfassend zu begründen gesucht hatte. Zu Ende des vorigen Jahres fühlte sich derselbe Autor gedrungen zu derselben Frage wieder das Wort zu ergreifen, um an der Hand neuer Beobachtungen seine Theorien entweder zu stützen oder zu modifizieren.

Der Kardinalpunkt der Ribbert'schen Theorie der Entstehung der Tumoren ist ja der, dass jede Geschwulst nur aus sich heraus wächst und nicht eine Infektion der Zellen des umliegenden Gewebes herbeiführt, wie man das sich früher vorstellte. Zugleich hat er die Cohnheim'sche Theorie, die bei den Pathologen in Ungnade gefallen war, wieder zur Geltung gebracht, obgleich er sie in dem Sinne modifiziert, dass die versprengten Keime nicht nur embryonalen Ursprungs zu sein brauchen, sondern die Verlagerung auch im postembryonalen Leben zustande kommen dürfe. Hier nun sucht er diese These auch für die Sarkome des Skelets zu beweisen. Für die Karzinome sieht R. das Primäre in einer Infiltration des Bindegewebes, die eine Auflockerung des Bodens herbeiführt, wobei das Epithel hereinwuchert, wie die Drüsenepithelien in embryonales Gewebe, nur dass das Wachstum hier atypisch vor sich geht.

Dem Ganzen liegt ja die Grundidee zu Grunde, dass jede Zelle im Organismus zu unendlicher Vermehrung vorbestimmt ist und nur ein Teil der Nachkommen einer Zelle zum Absterben und zur Elimination kommt. Während er keinerlei Reiz als auslösendes Moment für die zum Karzinom führende Epithelwucherung gelten lässt, verlegt er hier sonderbarer Weise den Grund für dieselbe in das Bindegewebe, indem er sagt: «Das alles geschieht in einem zellig umgewandelten Bindegewebe, dessen Beschaffenheit **auslösend** auf das Epithelwachstum wirkt».

Wieder betont R. die Wichtigkeit des Studiums der Histologie beginnender sehr kleiner Karzinome und die Bedeutungslosigkeit der Befunde in den Randpartien grosser Knoten, doch sei auch noch erwähnt, dass er von der unizentrischen Entstehung der Karzinome zurückgekommen ist und eine multizentrische Entstehung in manchen Fällen zugiebt.

Ucke.

Orth, J. Arbeiten aus dem pathologischen Institut zu Berlin. Zur Feier der Vollendung der Institutsbauten herausgegeben. Mit 7 Tafeln und 91 Abbildungen im Text. Berlin 1906. Verlag von August Hirschwald.

Der über 600 Seiten starke Band enthält ausser der ausführlichen Beschreibung des ganzen von Virchow geplanten und nach seinen Ideen ausgeführten pathologischen Instituts der Universität Berlin, auch die der einzelnen Abteilungen und weiter eine Reihe von Arbeiten aus diesen Abteilungen, die in 35 grössere und kleinere Aufsätze gefasst sind. Ein näheres Eingehen auf jeden dieser Aufsätze würde uns zu weit führen, eine einfache Aufzählung aber von geringem Wert sein; dagegen sei es hier gestattet auf die Abhandlung von C. Kaiserling: «Ueber die Schwierigkeiten des demonstrativen Unterrichts und seine Hilfsmittel, insonderheit über einen neuen Universal-Projektionsapparat» hinzuweisen, in welchem uns zu Gemüte geführt wird, wie ungenügend uns das Gymnasium für das Studium der Natur vorbereitet, indem es unser Gedächtnis mit viel unnützen Dingen überladet, doch das Sehen und die Beobachtung nicht schärft. Virchow hat stets bei seinen Schülern das richtige Sehen vermisst, wir aber müssten diesen Mangel beim Unterricht unserer Kinder abzustellen suchen, nicht um sie alle zu Medizinern oder Naturwissenschaftlern zu erziehen, sondern um ihnen für das Leben das Sehen mitzugeben.

Weiter sei auf eine Reihe von Untersuchungen aus der experimentell-biologischen Abteilung hingewiesen, die auf die Magensaftbildung und deren Physiologie interessante Streiflichter wirft. Sie sind sämmtlich der Initiative des Leiters der Abteilung A. Bickel entsprungen und bilden z. T. Ergänzungen zu den bekannten Pawloff'schen Arbeiten.

Endlich sei noch eine sehr fleissige Arbeit von M. Koch erwähnt «Zur Kenntnis des Parasitismus der Pentastomen», in der neben ausführlichen historischen Daten genaue Erhebungen über das Vorkommen und den Wirtswechsel dieses Parasiten gegeben werden.

Ucke.

Jahresbericht über die Ergebnisse der Immunitätsforschung, unter Mitwirkung von Fachgenossen herausgegeben von **Dr. Wolfgang Weichardt** I Band: Bericht über das Jahr 1905. Stuttgart Verlag v. Ferdinand Enke. 1906.

Das Unternehmen Weichardt's ist als höchst erwünschte Neuerung auf dem Gebiete der Jahresberichterstattung zu begrüssen. Das so späte Erscheinen derjenigen Jahresberichte, welche die Fortschritte einer Gesammtdisciplin zu umfassen und systematisch gegliedert zu referieren bestimmt sind, wird von allen Interessierten längst als schwerer, wenn auch unvermeidlicher Uebelstand empfunden. Für das Gebiet der Immunitätsforschung, welches gegenwärtig zu den aktuellsten und am rapidesten anwachsenden gehört, will Weichardt dem Uebelstande dadurch abhelfen, dass er es erstens aus der Masse des Berichtsmateriales über Bakteriologie und allgem. Pathologie heraussondert, und zweitens in einer Weise bearbeitet, welche eine Publikation bald nach Abschluss des Berichtsjahres ermöglicht.

In welcher Weise die Lösung dieser zweiten Aufgabe gedacht ist, lässt sich bereits aus der Anordnung des vorliegenden ersten Bandes ersehen. Derselbe beginnt mit einem kurzen Kapitel «über den Stand der Immunitätslehre vor Anfang des Berichtsjahres». Darauf folgt der Hauptteil des Werkes (gegen 200 Seiten) «Referate nach den Autoren alphabetisch geordnet, daher zugleich Autorenregister». Hieran schliesst sich wiederum ein kurzes Kapitel «Ausblick», welches dazu dienen soll, die Haupterrungenschaften des Berichtsjahres hervorzuheben und die Hauptrichtungen festzustellen, in denen sich die Immunitätsforschung bewegt. Das beigefügte Sachregister hat die Besonderheit, dass, anstatt der üblichen Seitenzahlen, die Autorennamen auf den Fundort im Referatenteil verweisen.

Das Werk kann schon in der vorliegenden Form der sympathischen Aufnahme von Seiten eines grossen Kreises gewiss sein, und es ist ihm durchaus eine fruchtbare weitere Entwickelung zu wünschen. Nur aus diesem Wunsche entspringen nachstehende Bemerkungen. Der Herausgeber hat den anerkennenswerten Standpunkt eingenommen, Referate und nicht Kritiken zu bieten, will aber andererseits die

Orientierung zwischen Wichtigem und Nebensächlichem erleichtern. Um letzteren Zweck zu erreichen, müsste jedem Autorennamen resp. Werktitel wenigstens ein kurzer orientierender Zusatz beigegeben werden. In gegliederten, nach Spezialfragen gruppierten Berichten gilt gemeinhin eine nichtreferierte Arbeit als nicht referierenswert; in diesem Werk scheint das Fehlen eines Referates nicht immer die gleiche Bedeutung zu haben. — Die fremdsprachige Literatur ist bei weitem nicht so ausgiebig berücksichtigt wie die deutsche. Es ist zu hoffen, dass die Bitte des Herausgebers um Autoreferate besonders von Ausländern erfüllt und dadurch diese Lücke verkleinert werden wird. — Das Sachregister ist nicht vollständig genug, um den Ueberblick über die Literatur einer Spezialfrage zu geben; Beispielsweise fehlt unter Rotz-Bulloch (NB. ist im Referat fälschlich von Milzbrand statt von Rotz die Rede), unter Druse — Dassonville et de Wisscoq und Ruppel, unter Cholera - Buchstab; ferner wäre es sehr erwünscht, dass die Autoren nicht nur unter einem Schlagwort zu finden wären, sondern unter allen Titeln des Sachregisters, auf welche ihre Arbeiten Bezug haben. — Endlich dürfte das einleitende Kapitel und besonders der «Ausblick» für «Fernstehende» stellenweise doch zu speziell gehalten sein, für Fachmänner dagegen sind sie zu allgemein Wäre nicht eine Schwenkung zu Gunsten der Letzteren dem übrigen Inhalt und dem Zwecke des Werkes adaequater?

Hoffentlich findet der Jahresbericht diejenige Verbreitung, welche erforderlich ist, um Herausgeber und Verleger zur Fortsetzung des begonnenen dankenswerten Werkes zu ermutigen.

A. Wladimiroff.

Wilhelm Ebstein: Die Natur u. Behandlung der Gicht. Zweite stark vermehrte Auflage. Mit 35 Abbildungen und einer Temperaturcurve. Wiesbaden, Verlag von J. F. Bergmann, 1906. 458 Seiten.

Erst nach 24 Jahren giebt der Altmeister auf diesem Gebiete eine neue Auflage seiner physiologischen Geschichte der Gicht wieder der ärztlichen Welt. Sie ist um fast das Anderthalbfache gegen die erste Auflage gewachsen. Die Grundanschauungen des Verf. über Natur und Wesen der Gicht haben sich nicht geändert, die Fortschritte unseres Wissens haben Vieles, was Verf. vor 24 Jahren nur als Hypothese hinstellen konnte, jetzt bestimmter formulieren lassen. Der Darstellung der Therapie ist eine besonders detaillierte Berücksichtigung zu Teil geworden. — Im Kapitel über die pathol. Anatomie der typischen Organerkrankungen bei Gicht des Menschen hebt Verf. nachdrücklich seine Behauptung hervor, namentlich gegenüber Minkowski, dass die Gewebsnekrose etwas durchaus Wesentliches und das Primäre beim gichtischen Prozesse ist; die schwerlösliche, Harnsäure-Verbindungen enthaltende gichtische Substanz wird zunächst an zirkumskripten Stellen abgelagert, stört hier die Ernährung der Gewebe, führt ein nekrotisierendes Stadium herbei, und erst wenn das Gewebe alle Symptome des vollkommenen Abgestorbenseins zeigt, findet als sekundärer Vorgang das Auskrystallisieren der Urate statt.

Vom klinischen Standpunkte aus teilt Verf. die verschiedenen Formen der Gicht in die 2 grossen Gruppen der primären Gelenk- (Extremitäten) gicht und der primären Nierengicht.

Der Gelenkgicht ist fast die Hälfte des ganzen Buches gewidmet. Dem Muskelgewebe und dem Knochen resp. Knochenmark schreibt Verf. einen sehr wesentlichen Anteil bei der Entwickelung der primären Gelenkgicht zu; in diesen Organen hauptsächlich hat die Störung des intermediären, speziell des Nucleïnstoffwechsels statt. Eine aktive Beteiligung des Bindegewebes stellt Verf. in Abrede, vielmehr dienen Knorpelgewebe wie die übrigen Bindesubstanzen fast lediglich als Leitungsbahnen für die Säfte, welche die Gelenkknorpel aus den angrenzenden Knochen zugeführt erhalten. In der vollkommenen Stockung der harnsäurereichen Säfte in den Gefässbahnen eines Körperteiles sieht Verf. die wesentliche Ursache eines in ihm sich abspielenden typischen Gichtanfalles. — Für die Behandlung der Gelenkgicht steht in erster Reihe eine sachgemäss geleitete Diät, wobei ein Teil des tierischen Eiweisses durch Pflanzeneiweiss ersetzt wird; starke Fleischbrühe und Alkohol sind verboten. Nächstdem ist eine sorgsam angepasste Muskeltätigkeit mit aller Energie anzustreben. Ordnung der Darmtätigkeit verdient grösste Berücksichtigung. Urotropin giebt Verf. solchen Patienten, welche neben der Gicht an Urolithiasis leiden oder bei denen reichliche Uratsedimente auftreten. Brunnen und Badekuren verordnet er nur decrepiden, sehr schonungsbedürftigen Individuen. — Zur Prophylaxe des akuten Gichtanfalles empfiehlt Verf. Bewegung bis zur äussersten Möglichkeit eventuell Massieren des befallenen Gliedes mit Ausschluss der entzündeten Partien. Ist der Anfall zu vollem Ausbruche gekommen, so kommt das altbekannte Rüstzeug an die Reihe: Ruhigstellung, Hochlagerung, Einpackungen mit Watte, welche mit essigsauerer Tonerde getränkt ist. Salicyl- und Colchicumpräparate; letztere leisten entschieden mehr als erstere.

Bei der primären Nierengicht (Nephritis uratica) handelt es sich «um eine durch die Erkrankung des Nierenfilters bedingte Stauung der reichlicher als normal vorhandenen Purinkörper und wohl besonders der Harnsäure, welche sich zunächst in dem Ausscheidungsorgan der Harnsäure, also in den Nieren, bemerkbar macht und sich demnächst auch auf andere Gewebe und Organe erstrecken kann, sofern nicht der Tod infolge des primären schweren Nierenleidens vorzeitig eintritt.» Sie befällt vorzugsweise Personen aus der arbeitenden Bevölkerung und bedroht das Leben in hohem Grade.

M.

Biochemische Zeitschrift. Herausgegeben von E. Buchner-Berlin, P. Ehrlich-Frankfurt a/M., C. von Noorden-Wien, E. Salkowski-Berlin, N. Zuntz-Berlin. Redigiert von C. Neuberg-Berlin. Verlag von Julius Springer, Berlin.

Die biologische Chemie ist namentlich in den letzten Jahren zu einem so gewaltigen und fruchtbaren Forschungsgebiet geworden, dass das Erscheinen einer neuen Zeitschrift nur mit Freuden zu begrüssen ist, die sich zum Ziel setzt in umfassender Weise eine Zentralstelle für alle in diese wissenschaftliche Disziplin fallenden Arbeiten zu sein.

Wir wünschen dem jungen Unternehmen den grösstmöglichsten Erfolg.

Zur besseren Orientierung sei das Inhaltsverzeichnis des ersten Bandes angegeben.

Vandervelde, A. J. J. Ueber die Anwendung von biologischen Methoden zur Analyse von Nahrungsstoffen.

Ehrlich, Felix. Ueber eine Methode zur Spaltung racemischer Aminosäuren mittels Hefe.

Plesch, Johann. Ueber objektive Haemoglobinometrie.

Mayer, Paul. Ueber die Spaltung der lipoiden Substanzen durch Lipase und über die optischen Antipode des natürlichen Lecithins.

Jacoby, Martin. Ueber die Beziehungen der Verdauungswirkung und der Labwirkung.

Rietschel, Hans und Leo Langstein. Ueber das Vorkommen von Aminosäuren im Harn der Kinder.

Mayer, Paul. Ueber Leuthinzucker und Jecorin sowie über das physikalisch-chemische Verhalten des Zuckers im Blut.

Willanen, K. Ueber das Verhalten des Ovomukoids im Organismus. — Zur Frage über die Entstehung des Rhodans im Organismus.

Blumenthal, Ferdinand. Biochemische Untersuchungen über Vergiftung und Entgiftung bei der Lysolvergiftung.

Bickel, Adolph. Die Chemie der Superacidität und ihre pathologisch physiologische Erklärung.

Wohlgemuth, J. Zur Chemie der Phosphorleber.

Neuberg, Carl und Ernst Neimann. Ueber gelatinöse anorganische Erdalkalisalze.

E. Koch.

R. Schlüter: Die Erlahmung des hypertrophierten Herzmuskels. Leipzig und Wien. Deuticke 1906. 4 Mark.

Auf Grund von 34 genauen, z. T. nach der Krehl'schen Methode ausgeführten Herzuntersuchungen, kommt der Verfasser zu dem Schluss, dass die Ansicht der Leipziger Schule von der Bedeutung der Myocarderkrankungen für die Herzinsuffizienz nicht genügend fundiert ist. Verf. hält nicht nur die fettige Infiltration sondern auch die Bindegewebsbildung im Herzen nicht für die Ursache, sondern die Folge der Erlahmung des hypertrophischen Herzmuskels. Die Ursache der Insuffizienz sucht er in einer anatomisch nicht nachweisbaren, funktionellen Herabsetzung der Erregbarkeit des Herznervensystems. Diese bedinge eine geringere «Reservekraft» des hypertrophischen Herzmuskels.

Die Arbeit Schlüters ist um so interessanter, als gerade in letzter Zeit die häufige Inkongruenz zwischen Herzmuskelveränderung und Funktion die Aufmerksamkeit auch anderer Forscher in hohem Grade beschäftigt und die rein anatomische Auffassung der Herzerlahmung an Boden verliert.

Auffallend ist, dass Verf. die Dehio'sche Myofibrosis cordis in keinem Falle gefunden hat.

O. Moritz.

E. Romberg: Lehrbuch der Krankheiten des Herzens und der Blutgefässe. Stuttga t. Verlag Enke 1906. Preis 13 M. 548 S.

Vorliegendes Lehrbuch bildet einen Teil des soeben in 2. Auflage erschienenen Ebstein Schwalbe'schen Handbuches der praktischen Medizin. Verf. ist neben Krehl der Hauptvertreter der «Leipziger Herzschule» und durch seine bedeutenden Arbeiten auf dem Gebiet der Herzmuskelerkrankungen durchaus dazu berufen, als Führer auf diesem Gebiet zu dienen. Das Buch zeichnet sich durch grosse Objektivität aus. Die Literatur ist in's kleinste Detail berücksichtigt, fast allzu sehr in sofern, als der praktische Arzt gelegentlich die Betonung des persönlichen Standpunktes des Verfassers der objektiv und parteilos vorgetragenen Schilderung einer Streitfrage vorzöge. Jedenfalls haben wir in diesem Buch ein für seine Kürze ganz vorzügliches Nachschlagewerk vor uns.

O. Moritz.

V. Lieblein und H. Hilgenreiner: Die Geschwüre und die erworbenen Fisteln des Magendarmkanals. Stuttgart, Verlag von F. Enke 1905. (Deutsche Chirurgie Lief. 46 c).

Die beiden Verfasser dieses sehr nützlichen Nachschlagebuches haben das grosse literarische Material mit gewissenhaftem Fleiss zusammengetragen und zu einer übersichtlichen zusammenfassenden Darstellung dieses wichtigen Gebietes der Chirurgie verarbeitet. Es werden besprochen: 1. das runde Magengeschwür nebst Anhang (atonische Magendilatation, Gastroptose, hypertrophische Pylorusstenose, spastische Pylorusstenose, Magensaftfluss, funktionelle Ergebnisse der am Magen wegen Geschwür und seiner Folgezustände ausgeführten Operationen). Literaturverzeichnis von 66 Seiten. 2. Die Geschwüre des Darmkanals (Ulcus duodeni, Ulcus pepticum jejuni nach Gastroenterostomie, Perforation beim Typhusgeschwür, Ulcus simplex des Dickdarms, chirurgische Behandlung der Colitis ulcerosa). 19 Seiten Literaturverzeichnis. — 3 Aeussere und innere Magenfisteln sowie äussere und innere Darmfisteln; Literaturverzeichnis auf 51 Seiten. — Das Buch wird jedem Chirurgen unentbehrlich sein und ist durchaus geeignet die Arbeit auf diesem Gebiet in Zukunft bedeutend zu erleichtern. Erwünscht wäre zuweilen ein vorsichtigeres Verhalten zu den Ergebnissen von Statistiken, deren Zahlenreihen aus verstreuten Einzelbeobachtungen zusammengesetzt sind.

Wanach.

Mitteilungen aus der Gesellschaft praktischer Aerzte zu Riga.

Sitzung vom 17. Mai 1906.

Anwesend 36. Mitglieder.

Das Protoll der letzten Sitzung wird verlesen und angenommen.

1. Dr. v. Krüdener: M. H. Der kleinen 10 a. n. Patientin, welche ich Ihnen hiermit vorstelle, geht eine Form des Ausdruckes der Gemütsbewegung völlig ab, sie kann nicht weinen. die psychische Produktion von Tränen fehlt ihr vollkommen. Bekanntlich war Darvin der erste, der auf den Umstand aufmerksam machte, dass kleinen Kindern wohl die Fähigkeit zustehe in geringem Masse bei reflektorischer Reizung (des Auges selbst, Kitzeln in der Nase) Tränen zu erzeugen, dass sie aber auch längere Zeit nach der Geburt nicht im Stande sind zu weinen wie Erwachsene, dass die Produktion von Tränen dabei vollständig fehle. Die kleine Pat. welche auch geistig etwas zurückgeblieben ist, äussert ihren Schmerz in eigentümlich gurgelnden Lauten, verzieht aber nie das Gesicht dabei, obschon ihr andererseits die Fähigkeit zu lachen gegeben ist. Nach Darvin besitzt nur der Mensch die Fähigkeit zu weinen, nach einer längereu Untersuchung kommt Axenfeld zu denselben Resultaten, wie erst genannter Autor. Das Verschwinden und Versiegen der Tränensekretion auf einer Seite beobachteten C. W. Müller, Heubner und andere. Ich selbst beobachtete mit Dr. Schönfeld zusammen Schwinden der Tränensekretion bei einem Tumor, welcher an der Trigeminuswurzel seinen Ursprung nahm und mit Anasthesie der rechten Gesichtshälfte begann. Pat. starb 2 Jahre nach Beginn der ersten Symptome. Das Fehlen der psychischen Tränenerzeugung ist hier die Folge mangelnder Hirnentwicklung, es besteht nebenbei Schwachsichtigkeit beider Augen.

Der 2-te Patient welchen ich hiermit vorführe leidet an bdrs. Exophtalmus und derartiger Erschlaffung der Lider, dass beide unteren Lider total ektropioniert waren, wobei die Schleimhaut in Form eines, ½ Zoll dicken Wulstes über die Wangen gerollt waren. Das Uebel ist von mir durch eine Tarsorhaphie, durch Exision der unteren Uebergangsfalte und durch Verkleinerungen des Tarsus in Länge und Höhe beseitigt worden. Doch sind die Ligamente, Fascien und Muskeln, welche den Bulbus in der Augenhöhle halten noch derartig schlaff, dass bei geringem Druck auf das obere und untere Lid, der Bulbus total luxiert wird; er tritt vor die Orbita und Sie können bequem den vorderen Teil des Sehnerven sehen, und mit dem Finger abpalpieren. Patient ist 17 a. n. zeigt exquisite Symptome von Rachitis am Körper und rachitische Kopfbildung und ist auch geistig zurückgeblieben. Das bei ihm vorhanden gewesene totale Ektropion der unteren Lider findet sich bisweilen im kindlichen Lebensalter bei Skrophulose und Rachitis und stellt eine, immerhin seltenere Erscheinung dar. Beiliegende Photographie zeigt den Patienten vor der Operation.

P. 2 der Tagesordnung.

Dr. Hampeln referiert über einen Fall von Lymphosarkoma mediastini.

Dr. Hampeln bedauert Patientin nicht wie er beabsichtigt hatte, vorführen zu können, da er in einer vor 2 Tagen an der Patientin vollzogenen Pleurapunktion eine Kontraindikation ihrer Präsentation erblickt. Er muss sich darum an einer blossen Mitteilung des Falles und seiner Illustration genügen lassen.

P. 45 J. alt, war 6 Wochen mit Dyspnoe und Anschwellung allein der oberen Körperhälfte erkrankt, ohne Husten oder Auswurf, bei früherer völliger Gesundheit. Der Angabe der Patientin entsprechend fand sich Schwellung des Gesichts, Halses, der Brust, des Rückens und der Arme, während die untere Körperhälfte von gewöhnlicher Beschaffenheit war. Gesicht gerötet, dazwischen cyanotisch. Auffallende Phlebektasien der Brust und Rückenhaut, vorzüglich links und am unteren Thoraxrande, bläulich durchscheinende Stränge und Geflechte. Sonst keinerlei wichtigere äussere Veränderungen, keine Drüsenschwellungen, keine Pulsdifferenz, normale Pupillen, normaler Kehlbefund, normales Blutbild. Nur der Harn enthält Alb. und Cylinder. Die weitere Untersuchung ergab Erweiterung, Dämpfung und Unbeweglichkeit der linken Thoraxhälfte, aufgehobenen Pektoralfremitus und schwaches Bronchialatmen daselbst. Sonst negativer Lungen-, Herz- und Abdominalbefund. Eine Probepunktion im linken 9 I. R. fiel negativ aus. Nur Blut in der Nadel. Dieser Befund erschien als Bestätigung des Verdachtes, dass die partielle Körperschwellung auf einen mediastinalen Tumor mit Kompression der Cava sup. und Uebergang auf die linke Lunge zurückzuführen sei, während die Albuminurie und Cylindrurie bei Fehlen anderer Nephritiserscheinungen als etwas irrelevantes erschien. Eine nach 2 Tagen vorgenommene Kontrollprobepunktion L. V. im 7 I. R. ergab hier serösen Pleurainhalt. Entleerung von 2000 Cc. seröser, leicht hämorrhagischer Flüssigkeit, ohne auffallende Zellen. Trotz der Entleerung blieb die Dämpfung in den oberen Thoraxpartien und hellte sich dagegen die untere Partie, der halbmondförmige Raum auf. Dieses Verhalten bestätigte das erste Probepunktionsergebnis, nur mit der Aenderung, dass ausser dem soliden auch noch ein flüssiger Pleurainhalt vorlag. Die Stauungserscheinungen gingen auf die Punktion nicht zurück. Mit Berücksichtigung dieser wichtigen Stauungserscheinungen und des Lungenbefundes glaubt Vortragender auf einen durch diese weitere Untersuchung bestätigten mediastinalen Tumor, wahrscheinlich Lymphosarkom schliessen zu sollen, während das sonst hauptsächlich in Betracht zu ziehende Aneurysma, das ja so sehr ähnlichen Erscheinungen führen kann ihm in diesem Falle sehr unwahrscheinlich vorkomme.

Die Pleuritis fasse er als Komplikation des Tumors auf, während die Nephritis einerseits die Haupterscheinungen nicht erkläre, andererseits sich durch kein anderes Zeichen als die Harnveränderungen verrate. Wahrscheinlich liege darum entweder ein zufälliges Zusammentreffen einer leichten Nephritis mit dem Tumor vor oder es handelt sich im Falle eines Abhängigkeitsverhältnisses um Nierenmetasen oder Stauungsniere in Folge des Tumors.

Auf eine Obduktion sei in diesem Fall bei dem zu erwartenden ungünstigen Ausgange nicht zu rechnen, man bleibe somit bei seiner Beurteilung auf die klinischen Erscheinungen und den weiteren Verlauf angewiesen. Die bisher beobachteten Erscheinungen sprächen nach seiner Auffassung und Erfahrung in analogen Fällen für einen Tumor.

P. 3 der Tagesordnung.

Dr. Paul Klemm demonstriert einen Tumor bei einer Frau von 36 Jahren, welche ihn seit der Kindheit gehabt hat. Der Tumor war hier aus der Markhöhle herausgewachsen, stellte sich als ein Osteom dar, in der Gegend der Epiphysenlinie; gelegentlich kämen auch knorplige Ueberzüge vor, zuweilen auch eburnierte Tumoren; es sei dies auch ganz natürlich, da der Ausgangspunkt für die Tumoren das Periost, das Mark und der Knorpel sein könnten. Derartige Tumoren gestatteten überhaupt eine Genese der Tumoren, nämlich das Wachstum aus versprengten Keimen, so gehen ein grosser Teil der Tumoren von der Epiphyse aus, weil gerade hier verschiedene Gewebe zusammenstossen. Der Tumor wurde ja neuerdings so definirt, dass das Wachstum so geschehe, dass der Tumor aus sich herauswachse, dass das umgebende Gewebe durch Atrophie schwinde, durch den Tumor substituiert werde.

In gleicher Weise erkläre man die Entstehung der Angiome, welche ja sich besonders dort finden, wo Spaltbildungen vorkommen. Diese Theorie der Entstehung der Tumoren steht im Gegensatz zur parasitären, und erscheine sie Vortragendem sympatisch. In seinem Fall sei die Grösse des Tumors interessant, der Arm konnte durch die Grösse des Tumors nicht gesenkt werden, da er an der Innenfläche des Armes sass. Es konnte nur ein Teil des Tumors entfernt werden.

4. Dr. A. Berkholz hält seinen angekündigten Vortrag «Zur Klinik der Dysenterie» (soll in der Petersburger Wochenschrift veröffentlich werden).

Dr. Schabert bestätigt die Schilderung der Untersuchungsmethoden bei Dysenterie, wie sie Berkholz angewendet: in der Anatomie der Dysenterie findet die beschriebene Therapie ihre volle Berechtigung. Im Uebrigen sollte man wohl 2 Stadien unterscheiden, das nekrotische und das ulzeröse, das letztere ist das schwerere, in diesem scheint es ihm auch unmöglich, günstige Resultate durch Serumbehandlung zu erzielen, nicht aber im ersten Stadium. Denn das erste Stadium sei noch auf die Intoxikation zurückzuführen, und daher einer Serumbehandlung zugänglich, im zweiten sei die anatomische Destruktion des Colon das massgebende.

Auf Dr. v. Engelhardt machen die von Berkholz angegebenen Lokalisationen einen zu schematischen Eindruck; es wären seiner Ansicht nach doch wohl noch mehr anatomische Feststellungen nötig, ob in der Tat die palpatorischen Befunde sich mit dem Sektionsbefund deckten. Die Berechtigung, die Prozesse nach den 4 Praedilektionsstellen zu benennen, erscheine ihm auch fraglich, es sei schwer, sich einer Autosuggestion dabei zu entziehen.

Andererseits würde dagegen, dass die Lokalisation so abgegrenzt sei, auch sprechen, dass wir bei Sectionen den Dickdarm im Ganzen in Mitleidenschaft gezogen sehen. Der Prozess der akuten Dysenterie könne in den chronischen übergehen, dann hätten wie eigentlich nur das Bild der chronischen Enteritis, welche wohl von der chronischen Dysenterie nicht zu unterscheiden ist.

Zur Frage der Therapie übergehend, glaubt er nicht, dass sonst in der Praxis Opiate angewandt würden. Auch scheint ihm die Milchdiät nicht am Platz; Fette und Zucker hat er nicht angewandt; Eier möchte er nicht anwenden, weil sie individuell sehr verschieden vertragen werden.

Dr. Hampeln bemerkt, dass an den aus der Dysenterie-Abteilung eingelieferten Leichen zu Zeiten der häufige Schrumpfnierenbefund neben einer nekrotisierenden Enteritis aufgefallen wäre, sodass von patholog.-anatom. Seite die Vermutung ausgesprochen wurde, dass es sich nicht eigentlich um echte Dysenterie sondern um uraemische Enteritis gehandelt haben könne. In jedem klinisch unter dem Bilde einer Dysenterie auftretenden Falle sei jedenfalls immer auch auf diesen möglichen Zusammenhang zu achten.

Zum Protokoll vom 6. September 1906.

Dr. H. teilt in Bezug auf den Fall von mediastinalem Lymphosarkom mit, dass die Patientin nach etwa 1 Monat, nach einer zweiten Punktion, bei der etwa nur ca. 200 C. Serum entleert wurden, ohne wesentliche Veränderung des ganzen Krankheitsbildes gestorben ist. Schon bei seiner ersten Besprechung hat er bemerkt, dass in diesem Fall von einer Obduktion ganz abzusehen sei, und höchstens vom weiteren Verlauf die Diagnose betreffende Aufschlüsse erwartet werden könnten. Dazu war es aber nicht gekommen, demnach halte er an der Diagnose fest, da ihm die Erscheinungen charakteristisch und recht eindeutiger Art gewesen zu sein scheinen.

Dr. Berkholz weist darauf hin, dass in allen Lehrbüchern das Opium doch noch empfohlen werde, so von Pfaundler, auch von Hoppe-Seyler und einigen anderen. Er, Berkholz, hätte es jedenfalls oft erlebt, dass die Patienten, bevor sie in seine Behandlung gekommen, Opium bekommen hätten. Dr. v. Engelhardt gegenüber hebt er weiter hervor, dass er bei einem sehr grossen Untersuchungsmaterial dieselben Lokalisationen des Prozesses gefunden habe, dass dieselben sehr charakteristisch seien, was auch von seinem Assistenten bestätigt wurde. Die Obduktionen hätten die Diagnose auch fast immer bestätigt, die kammartigen Schwellungen sind gerade an diesen Stellen gefunden worden, die Partieen dazwischen waren gewöhnlich nur injiziert und wiesen kleine ulcera auf.

In Betreff der Eierbehandlung stimmt er Engelhardt bei, speziell bei Kindern keine Eier zu geben. Auch Erwachsene vertragen die Eiweisszufuhr schlecht. Auch muss genau darauf geachtet werden, dass die Eier wirklich gut sind.

Im Uebrigen meint er, dass Dysenterie bei uns das ganze Jahr über vorkommt, eine Epidemie besteht eben nicht.

Weiter habe er das Rosenthalsche Serum angewandt, welches immun mache; die antitoxische Wirkung scheine dann auch evident zu sein.

In einzelnen Fällen hat er Gelegenheit gehabt, den Harn täglich zu untersuchen, hat Cylindrurie gefunden, was ihm prognostisch von Wert zu sein scheint, weil solche Fälle gewöhnlich letal endeten; der Tod trete hier wohl durch toxische Wirkung ein. Oedeme und Ascites finde man ja auch bei diesen Kranken, ohne dass eine Erkrankung des Herzens oder der Nieren bewiesen werden könne, es sei das daher wohl auch auf die toxische Wirkung zurückzuführen.

Dr. Voss erscheint es ebenfalls sehr schwierig eine bestimmte Lokalisationsdiagnose zu machen; er erinnert sich aus seiner Assistentenzeit im Krankenhause, dass bei den Sektionen die Fälle meist eine Schwellung durch den ganzen Dickdarm zeigten; die Fälle, wo die Schwellung nur teilweise vorhanden war, waren sehr vereinzelt. Die Prognose aus einem Palpationsbefunde zu stellen, scheint ihm fast unmöglich. Die Prognosenstellung bei der Dysenterie ist überhaupt sehr schwierig, da oft ein Fall sehr schwer erscheint und doch schnell heilt und umgekehrt.

Das Opium verwirft er nicht unbedingt, speziell des äusserst lästigen und schwächenden Stuhldranges wegen, wo eben nur Opium Ruhe schafft; wenigstens möchte Voss daher alternierend das Opium angewandt sehen.

Wenn man übrigens Morphium gebe, so wirke dieses ja auch stopfend, wenn auch in geringerem Grade.

Gegen eine solche alternirende Behandlung mit Opium und Ricinus könne er daher nichts sagen.

Das Schwerste bleibe die Diätfrage und diese im Krankenhause zu regeln sei gerade der schwierigste Platz. Im Uebrigen hänge die Mortalitätsziffer wesentlich doch wohl von der Epidemie selbst ab.

Dr. Hampeln schliesst sich Dr. Voss an, wenn das Opium alternierend angewandt werden soll, Berkholz selbst meine ja wohl auch etwas ähnliches, wenn er dazwischen Morphium giebt.

Dr. Brutzer hat besonders in der Mandschurei viel Dysenterie gesehen; auch er hat den Dickdarmdruck empfindlich gefunden, doch meint er nicht, dass gleich jede Erkrankung dieser Art Dysenterie sei, man müsste zuerst den bakteriologischen Nachweis liefern, besonders wenn das Serum angewandt wird, weil sonst die Resultate irreführend seien.

Dr. Woloschinsky meint, dass in Riga seit Jahren die abführende Therapie bei Dysenterie usus sei; vor wenigen Jahren wurde jedoch gerade hier in Riga für die alternierende Behandlung mit Opium eingetreten; bei der Dysenterie werden ja wohl auch spastische Kontraktionen einzelner Partien des Darms stattfinden, die Beförderung des Stuhles würde daher durch interkurrente Opiumgaben nur erleichtert.

Er fragt dann, ob für die Kinder und Erwachsene dieselbe Dosis des Serum gegeben werde.

Dr. Berkholz bejaht dies, er hat selbst darüber nur geringe Erfahrung. Dr. Brutzer gegenüber bemerkt er, dass er in 15 Fällen den Crase-Schijaschen Bazillus gefunden habe vor der Anwendung des Serums.

Im Uebrigen glaubt er, dass bei der Dysenterie kein Symptom vorhanden sei, welches die Opiumanwendung rechtfertige; das Opium wirke ja auch nicht schmerzstillend, sondern nur das Morphium, und für den interkurrenten Gebrauch desselben sei er durchaus. Eine Indikation, stopfend zu wirken, besteht nicht, und daher sei das Opium hier nicht am Platz.

Für Dr. Th. Schwarz.
Dr. v. Sengbusch.

Tagesnachrichten.

Personalia.

— Dem bekannten Ophthalmologen Dr. med. Herzog Karl Theodor in Bayern ist, wie die amtliche «Wiener Ztg.» meldet, das oesterreichisch-ungarische Ehrenzeichen für Kunst und Wissenschaft verliehen worden.

— Der bayerische Prinz Dr. Ludwig Ferdinand, der bekanntlich ebenfalls Arzt ist, wurde vom Könige von Spanien zum Ehrenchirurgen der spanischen Armee ernannt.

— Der Prinzregent von Bayern hat dem Professor Dr. Ernst v. Bergmann (Berlin) die Prinzregent Luitpold-Medaille verliehen.

— Am 1./14. Januar beging der emeritierte Professor der Hydrotherapie. Hofrat Dr. Wilhelm Winternitz sein 50-jähriges Doktorjubiläum. Der verdienstvolle Begründer der modernen Wasserheilkunde erwarb die Doktorwürde an der deutschen Universität in Prag.

— Zum Kurator der St. Petersburger Augenheilanstalt ist der Ehrenvormund Geheimrat Jermolow ernannt worden.

— Am 30. Dezember vollendeten sich 35 Jahre der ärztlichen Tätigkeit des bekannten hiesigen Chirurgen Dr. Alexander Trojanow, Direktors des hiesigen Marienhospitals für Arme. Bei dieser Gelegenheit wurde dem Jubilar von dem Hospitalpersonal eine Adresse und ein wertvolles Büvard überreicht. Es folgten sodann Beglückwünschungen seitens der Aerzte des Obuchowhospitals, an welchem der Jubilar 20 Jahre bis vor kurzem als Gehülfe des Direktors gedient hat, seitens der Gesellschaft russischer Aerzte und der Pirogowgesellschaft, ferner durch den Medizinalinspektor des Ressorts der Kaiserin Maria, welchem das Marienhospital bekanntlich unterstellt ist u. a. m. Der Jubilar, welcher gegenwärtig 57 Jahre zählt, ist ein ehemaliger Schüler der mediko-chirurgischen Akademie, an welcher er i. J. 1882 auch die Doktorwürde erlangt hat.

— Der Prof. emeritus der Chirurgie an der militär-medizinischen Akademie, Geheimrat Dr. Subbotin, ist nach Ausdienung der Dienstfrist aus dem Dienst als Professor der Akademie entlassen worden, unter Belassung im Amte eines beratenden Mitgliedes des militär-medizinischen gelehrten Komitees.

— Die Professoren der Berliner Universität Dr. Johannes Orth (Pathologe) und Dr. Rubner (Hygieniker) sind von der Berliner Akademie der Wissenschaften zu ordentlichen Mitgliedern in der physikalisch-mathematischen Klasse gewählt worden.

— Infolge Erreichung der in Oesterreich geltenden akademischen Altersgrenze wird der Professor der inneren Medizin und Direktor der III. medizinischen Klinik an der Wiener Universität, Hofrat Dr. L. Schrötter v. Kristelli, im Laufe dieses Studienjahres um seine Pensionierung nachsuchen.

— Der stellv. Medizinalinspektor des Semipalatinskgebiets Staatsrat Dr. Bitsch ist krankheitshalber verabschiedet worden. Zu seinem Nachfolger ist der bisherige Leiter der Irrenanstalt in Semipalatinsk Dr. Richard v. zur Mühlen ernannt worden.

— Der jüngere Arzt des Kromyschen Infanterieregiments Dr. Korschew ist, den «Rev. Isw.» zufolge, zum Gehülfen des estländischen Gouvernements-Medizinalinspektors ernannt worden.

— Der Professor extraord. und Direktor der Klinik für Nasen- und Kehlkopfkranke an der Universität Freiburg, Dr. Gustav Kilian, ist vom St. Petersburger Verein der Oto-, Rhino- und Laryngologen zum Ehrenmitgliede gewählt worden.

— Ordensverleihungen. Dem Konsultanten des St. Petersburger Nikolai-Militärhospitals, wirkl. Staatsrat Dr. Paul Sklifossowski, ist für Auszeichnung in der Schlacht der St. Wladimirorden III. Klasse mit Schwertern, und dem Oberarzt des Romnyschen Infanterieregiments, Staatsrat Dr. Aug. Beckmann, für ausgezeichnet eifrigen Dienst und Bemühungen während der Kriegsaktionen der St. Annenorden II. Klasse verliehen worden.

— Dr. Cornelius Rauch, der vor einigen Monaten von seinem Amt als Medizinalinspektor des Pleskauschen Gouvernements krankheitshalber zurücktrat, hat jetzt wegen Schwächung seiner Sehkraft auch seine publizistische Tätigkeit aufgeben müssen. Infolgedessen hat das seit vielen Jahren von ihm herausgegebene und redigierte russische Pleskauer Stadtblatt (Псковскій Городской Листокъ) mit dem Schluss des alten Jahres sein Erscheinen eingestellt.

Nekrologe.

— Verstorben sind: 1) In Moskau am 4. Dezember der Spezialist für Nasen-, Ohren- und Kehlkopfkrankheiten Dr. Paul Radzich, im 66. Lebensjahre. Der Hingeschiedene, welcher seit 1868 die ärztliche Praxis ausgeübt hat, fungierte auch als Arzt an der Heilanstalt der philantropischen Gesellschaft in Moskau. 2) In Koselsk der dortige Kreisarzt Dr. Peter Koslowski im Alter von nahezu 70 Jahren. Seit 45 Jahren als praktischer Arzt tätig, bekleidete er in den letzten 30. Jahren den Posten des dortigen Kreisarztes und nahm auch im kommunalen Leben eine hervorragende Stellung ein. 3) In St. Petersburg, jüngerer Arzt des Leibgarde-Kürassierregiments Ihrer Majestät der Kaiserin Dr. Alexander Koljubakin im 30. Lebensjahre. Nach Absolvierung seiner Studien im Jahre 1902 war er anfangs jüngerer Ordinator am Militärhospital in Nowogeorgiewsk (Gouv. Warschau). 4) In St. Petersb. der Arzt des Petrowskischen Infanterieregiments Dr. Alexander Lotin im Alter von 50 Jahren nach 22-jähriger ärztlicher Tätigkeit. 5) Am 8. Januar n. St. in Leipzig der in weiten Kreisen bekannte Nervenarzt und medizinische Schriftsteller Dr. Paul Julius Möbius kurz vor Vollendung seines 54. Lebensjahres. Zu Leipzig geboren, widmete er sich an der Universität seiner Vaterstadt dem Studium der Medizin und habilitierte sich nach Beendigung seiner Studien als Privatdozent für innere Medizin daselbst, legte aber nach zehnjähriger Lehrzeit die Dozentur nieder und entfaltete eine reiche Tätigkeit als vielgesuchter Nervenarzt. In der Wissenschaft erwarb er sich durch seine zahlreichen Arbeiten auf neurologischem Gebiete, namentlich aber durch seine «Allgemeine Diagnostik der Nervenkrankheiten» Ansehen und Beachtung. Besonderes Aufsehen erregten Möbius' ärztlich kritische Betrachtungen über eine Anzahl grosser Geister: Ueber das Pathologische bei Goethe, Nietzsche, Rousseau, Schumann u. andere, namentlich aber das vielumstrittene Buch «Ueber den physiologischen Schwachsinn des Weibes». Wohl als erster wies er auch auf den suggestiven Charakter der Elektrotherapie hin und besondere Erwähnung verdient die Neubildung der Gall'schen Schädellehre durch Möbius. 6) In Breslau der Geh. Staatsrat Dr. Wilhelm Grempler, der als Altertumsforscher einen internationalen Ruf besass, kurz vor seinem 81. Geburtstage. Er hat die Stadt Breslau zur Universalerbin seines mehr als 300,000 Mark betragenden Vermögens eingesetzt, das hauptsächlich zu einer Wilhelm Grempler-Stiftung für die prähistorische Abteilung des Museums schlesischer Altertümer verwandt werden soll. In diesem Museum soll auch die Urne mit seiner Asche beigesetzt werden. 7) Am 5./18. Januar in Wien der Hofrat Dr. Franz Ritter v. Arneth, früherer Leibarzt der Grossfürstin Helene Pawlowna aus Russland, im 89. Lebensjahre. Der Verblichene hatte namentlich durch seine 40-jährige Tätigkeit für das «Rote Kreuz» sich einen Ruf erworben.

Von Universitäten und med. Instituten.

— Zur Beratung der Frage, betreffend die Gründung einer neuen russischen Universität an Stelle der seit längerer Zeit bereits geschlossenen Warschauer Universität war eine Kommission aus Professoren der Warschauer Universität gebildet, die in ihren Konferenzen mit den Vertretern verschiedener Städte und Semstwos das nötige Material darüber gesammelt hat, welche die günstigsten Vorbedingungen für die Eröffnung einer Universität bietet. Unter den Städten, welche den Wunsch geäussert haben, die Gründung einer Universität durch eine Subsidie (von 560,000 bis 1.200,000 Rbl.) zu unterstützen, wären Minsk, Witebsk, Smolensk, Nishni-Nowgorod, Ssaratow und Woronesh zu nennen. Am meisten Aussichten für die Einrichtung einer Universität haben Ssaratow, Nishni-Nowgorod und Woronesh, weil sie gut eingerichtete Krankenhäuser haben, die in den ersten Jahren die Kliniken ersetzen können, während in den drei zuerst genannten Städten solche fehlen, was bei den verhältnismässig sehr beschränkten Mitteln unseres Ministeriums der Volksaufklärung von ausschlaggebender Bedeutung ist.

— Aus dem Budget der militär-medizinischen Akademie ist der Posten von 2000 Rbl., welcher zur Abkommandierung von Professoren der Akademie behufs wissenschaftlicher Vervollkommnung ausgesetzt war, vom Kriegsminister aus ökonomischen Rücksichten gestrichen.

— In der Frage der Hochschulen, die gegenwärtig noch wegen der Weihnachtsferien geschlossen sind, ist, wie verlautet, der Minister der Volksaufklärung, im Einvernehmen mit dem Ministerpräsidenten, bereit, den Wünschen der Studentenschaft in weiterem Masse entgegenzukommen, aber auch fest entschlossen im Falle des Eintritts ernsterer Störungen im Leben der Hochschulen, diese sämtlich zu schliessen, sobald die Regierung dies für das zweckmässigste hält.

— Frauenstudium in Deutschland. Zur Zeit werden Frauen zur Immatrikulation zugelassen in Baden, Würtemberg, Bayern und Sachsen, wo insgesammt 254 Frauen (darunter 116 Medizinbeflissene) immatrikuliert und ausserdem 2180 Frauen als Hörerinnen zugelassen sind. An der Berliner Universität sind gegenwärtig 783 Frauen (darunter 182 Ausländerinnen) als Gasthörerinnen zugelassen. Das Recht der einzelnen Universitätslehrer, Frauen von ihren Vorlesungen auszuschliessen, wird dadurch natürlich in keiner Weise präjudiziert. So lassen in der medizinischen Fakultät die Professoren v. Bergmann, Orth, Pagel, Sonnenburg, Waldeyer und die Dozenten Hiller, Köhler, Perl, Schüller und Strauch Frauen zu ihren Vorlesungen und Uebungen überhaupt nicht zu. Prof. v. Bergmann hat auch an den Herausgeber der «Medizin für Alle» anlässlich einer Enquete über das medizinische Studium ein Schreiben gerichtet, in dem es u. anderem heisst: «Ich kann mich in der Beantwortung Ihrer Frage über die Frau als Arzt sehr kurz fassen. Ich bin ein ausgesprochener Gegner des Studiums der Medizin von Frauen. Weder körperlich noch geistig sind sie ihm gewachsen. Solange die Frauen nicht die Köche und die Schneider aus ihrem Gewerbe zu drängen vermögen und wenigstens diese Gewerbe als ihr Monopol in Anspruch nehmen, werden sie auch neben den Aerzten nur ein kümmerliches Leben führen. Wäre es möglich, die Geschlechtsunterschiede aufzuheben, so könnten die Frauen vielleicht gute Aerzte werden. Aber das geht eben nicht. Gute wissenschaftliche Arbeiten können Frauen gewiss leisten; die Kämpfe aber mit den Erregungen, Verantwortungen und Verzweiflungen eines Arztes will ich ihnen nicht zumuten, denn dazu schätze ich die Frauen viel zu hoch».

Vereins- und Kongressnachrichten.

— Ein internationaler Kurs der gerichtlichen Psychologie und Psychiatrie findet an der Universität Giessen von Montag den 15. bis Samstag den 20. April 1907 in der Klinik für psychische und nervöse Krankheiten (Frankfurterstrasse 99) statt. Derselbe ist in erster Linie für Juristen und Aerzte bestimmt, die mit psychiatrischen Gutachten zu tun haben, sodann auch für Beamte an Straf-, Besserungs- und Erziehungsanstalten, besonders im Hinblick auf angeborene geistige Abnormitäten, ferner für Polizeibeamte, die öfter mit geistig Abnormen zu tun haben.

Als Vortragende sind ausser dem Unterzeichneten beteiligt: Prof. Dr. Aschaffenburg, Köln a. Rh. Privatdocent Dr. Dannemann, Giessen und Prof. Dr. Mittermaier, Giessen.

Als Themata sind in Aussicht genommen:

1. Die Formen der Kriminalität bei den verschiedenen Arten von Geistesstörung. (Dannemann.)
2. Der angeborene Schwachsinn in Bezug auf Kriminalität und Psychiatrie. (Dannemann.)
3. Die angeborenen psychischen Abnormitäten in Bezug auf die Lehre vom geborenen Verbrecher unter Berücksichtigung der morphologischen Abnormitäten. (Sommer.)
4. Die Epilepsie als Moment der Kriminalität und Psychopathologie. (Sommer).
5. Die hysterischen (psychogenen) Störungen vom klinischen und forensischen Standpunkt. (Sommer.)
6. Simulation von Geistesstörung. (Dannemann.)
7. Der Alkoholismus als Quelle der Kriminalität und Geistesstörung. Die psychophysiologischen Wirkungen des Alkohols, die klinischen Formen des Alkoholismus, die strafrechtliche und soziale Seite desselben. (Aschaffenburg.)
8. Die Technik der Gutachten. (Aschaffenburg.)
9. Die verschiedenen Formen der Kriminalität. (Aschaffenburg.)
10. Die Bedeutung von Anlage und Milieu für die Kriminalität. (Aschaffenburg.)
11. Die verschiedenen Strafrechtstheorien. (Mittermaier.)
12. Determinismus und Strafe. (Mittermaier).
13. Die psychologischen Momente in Zivil- und Strafprozess. (Mittermaier.)
14. Die strafrechtliche Untersuchung vom psychologischen Standpunkt. (Mittermaier.)
15. Psychologie der Aussage. (Sommer.)
16. Psychologie und Psychopathologie im Polizeiwesen. (Dannemann).

Stundenverteilung.

Früh 9—10 Uhr Dannemann; 10—11 Uhr Sommer; 11—12 Uhr Aschaffenburg; 12—1 Uhr Mittermaier. Um 11 Uhr Pause.

Nachmittag von 4—7 Uhr finden Demonstrationen (Kurven, Bilder, Schädel etc.), wenn möglich auch Besprechungen bestimmter Fälle statt, an einigen Tagen Besichtigungen der Klinik, einer Irren- und einer Strafanstalt. Einige Stunden sollen auf freie Diskussion verwendet werden, wobei die deutsche, französische und englische Sprache zulässig ist.

Die Begrüssung findet am Sonntag den 14. April, abends 1/2 9 Uhr, im Hôtel Grossherzog von Hessen (Bahnhofstrasse) statt.

Hôtels: Grossherzog von Hessen, Kuhne (am Bahnhof), Victoria (Liebigstrasse), Schütz (gegenüber Grossherzog von Hessen), Prinz Carl (Seltersweg), Prinz Heinrich (Frankfurterstrasse). Abmachungen wegen mässiger Pensionspreise sind im Gange. Ausserdem sind Privatwohnungen frei.

Teilnehmer-Karten zu 20 Mark bei dem Begrüssungs-Abend oder in der Klinik.

Anmeldungen am besten vor Ende Februar 1907.

Prof. Dr. Sommer.
Giessen, Klinik für psychische und nervöse Krankheiten.

— Die Gesamtzahl der Kranken in den Zivilhospitälern St. Petersburgs betrug am 16. Dez. d. J. 11950 (70 mehr als in der Vorwoche), darunter 990 Typhus — (51 wen.), 1184 Syphilis — (29 wen.), 502 Scharlach — (3 wen.), 277 Diphtherie — (22 mehr), 126 Masern — (4 mehr), und 21 Pockenkranke — (12 mehr als in der Vorw.).

— Die Gesamtzahl der Sterbefälle in St. Petersburg betrug in der Woche vom 10. bis zum 16. Dez. d. J. im ganzen 801 (423 M., 378 W.), darunter an folgenden Krankheiten:

Typhus exanth. 0, Typhus abdom. 22, Febris recurrens 0, Typhus ohne Bestimmung der Form 0, Pocken 1, Masern 26, Scharlach 30, Diphtherie 26, Croup 0, Keuchhusten 7, Croupöse Lungenentzündung 30, Erysipelas 3, Grippe 12, Katarrhalische Lungenentzündung 80, Ruhr 0, Epidemische Meningitis 0, Akuter Gelenkrheumatismus 0, Parotitis epidemica 1, Rotzkrankheit 0, Anthrax 0, Hydrophobie 0, Puerperalfieber 1, Pyämie und Septicaemie 14, Tuberkulose der Lungen 108, Tuberkulose anderer Organe 23, Alkoholismus und Dilirium tremens 7, Lebensschwäche und Atrophia infantum 44, Marasmus senilis 35, Krankheiten des Verdauungskanals 76, Totgeborene 52.

Am 23. Dez. d. J. betrug die Zahl der Kranken 11493 (457 wen. als in der Vorwoche.), darunter 894 Typhus — (96 wen.), 1161 Syphilis — (23 wen.), 466 Scharlach — (46 wen.), 261 Diphtherie — (16 wen.), 120 Masern — (6 wen.) und 15 Pockenkranke (6 wen. als in der Vorw.)

— Die Gesamtzahl der Sterbefälle in St. Petersburg betrug in der Woche vom 17. bis zum 23. Dez. d. J. im ganzen 928 (487 M., 441 W.), darunter an folgenden Krankheiten:

Typh. exanth. 0, Typh. abd. 24, Febris recurrens 0, Typhus ohne Bestimmung der Form 1, Pocken 2, Masern 42, Scharlach 31, Diphtherie 28, Croup 0, Keuchhusten 3, Croupöse Lungenetzündung 35, Erysipelas 1, Grippe 6, Katarrhalische Lungenentzündung 124, Ruhr 1, Epidemische Meningitis 0, Acuter Gelenkrheumatismus 0, Parotitis epidemica 0, Rotzkrankheit 0, Anthrax 0, Hydrophobie 0, Puerperalfieber 4, Pyämie und Septicaemie 11, Tuberculose der Lungen 111, Tuberculose anderer Organe 23, Alkoholismus und Delirium tremens 3, Lebensschwäche und Atrophia infantum 52, Marasmus senilis 40, Krankheiten der Verdauungsorgane 91, Totgeborene 51.

✦ Nächste Sitzung des Vereins St. Petersb. Aerzte: Dienstag, d. 9. Jan. 1907.

Tagesordnung:
(Jahressitzung).
Präsidialvortrag.
Berichte der Sekretäre und des Kassierers.
Wahlen.

✦ Nächste Sitzung des Deutschen ärztlichen Vereins: Montag, d. 15. Jan. 1907.

Tagesordnung:
Westphalen: Ueber Romanoskopie und über einen Fall von Lungenabscess.



Avis für praktische Aerzte!

Soeben erhalten
komplette Sätze und einzelne Teile von

Stau- und Saug-Apparaten

Modelle der königl. Chir. Universitäts-Klinik Bonn, nach Prof. Biers und Dr. Klapps Methode,

zur schmerzlosen Ausheilung, in schonendster Weise, **ohne Schnitt und Drainage,** auf dem einfachen Wege des Saugens, von verschiedenerlei entzündlichen Erkrankungen (Furunkel, Karbunkel, Abszesse, Bubonen, Tonsillen, Fistel, Mastitis, Panaritien, Gonorrhoe etc.).

Illustriertes Preisverzeichnis nebst kurzer Gebrauchsanweisung u. Auswahl der einschlägigen Fachliteratur wird an Reflektanten **gratis** verabfolgt.

Const. Malm,

St. Petersb. Morskaja, 34. Telephon № 1392.

Hôtel und Pension

Hammerand

WIEN, VIII.

Verlangen Sie illustrierte Preiskourants gratis und franko.

Im Deutschen Alexander-Hospital wird Nachweis erteilt über zur Zeit dienstfreie Pfleger und Pflegerinnen für die private Krankenpflege (gegen Zahlung von 50 Kop.)

Adressen von Krankenpflegerinnen:

Frl. **Pauline Winkel**, Конногвардейскій переулокъ 4, кв. 2.

Zum Zweck der jährlich stattfindenden Kontrolle der Adressen der in der Liste der «St. Petersburger Medizinischen Wochenschrift» verzeichneten Krankenpflegerinnen ersuchen wir Diese hiermit der Redaktion Ihre jetzigen Adressen mitzuteilen.

Die Redaktion
der „St. Petersburger Med. Wochenschrift".

Das Krankenutensilienlager des St. Petersburger Samariter-Vereins.

Maximilianowsky Pereulok, 11.

verleiht auf Empfehlung eines Arztes oder eines Mitgliedes des Vereins alle zur Krankenpflege notwendigen Gegenstände wie: Rollstühle, Wassermatratzen, Tragbahren, Krücken, Wannen, Eisbeutel, Irrigatore etc.

Das Lager ist täglich v. 10 bis 5 Uhr (an Sonntagen v. 12 bis 2) geöffnet.

Die Verwalterin ist Dienstags und Freitags v. 2—3 Uhr daselbst zu sprechen.

1907-й. 23-й годъ изданія 1907-й.

ОТКРЫТА ПОДПИСКА

на ежемѣсячный ОДОНТОЛОГИЧЕСКІЙ журналъ

„Зубоврачебный Вѣстникъ"

ДЛЯ ВРАЧЕЙ, ЗУБНЫХЪ ВРАЧЕЙ и ДАНТИСТОВЪ,

(бывшее изданіе **А. П. Синицына**) нынѣ издаваемый **Н. А. Шпигельглазомъ**
подъ редакціей Д-ра **Ф. А. Звѣржховскаго.**

Экземпляры за 15-лѣтіе (1893, 1896, 1898, 1899, 1901, 1902 и 1904 гг. разошлись сполна), представляющіе подробную лѣтопись успѣховъ зубоврачеванія, и нѣсколько полныхъ руководствъ по извѣстнымъ отдѣламъ дентіатріи, высылаются за 60 р., а съ подпискою на 1907 г. за 70 руб.

Журналъ выходитъ ежемѣсячно книжками, въ объемѣ 4—5 печатныхъ листовъ каждая.

Подписная цѣна 6 руб. въ годъ съ пер. и дост.

Полугодовая подписка **не принимается** и отдѣльныя книжки **не продаются.**

Съ наложеннымъ платежемъ журналъ высылается только при условіи наложенія платежа на годовую подписную сумму, причемъ за налож. плат. добавляется 21 коп.

Подписка принимается:

Екатерининскій кан., № 24.

С.-Петербургъ. *1) К. Л. Риккеръ, Невскій, 14. 2) К. Ашъ и Сыновья, Малая Морская (улица Гоголя,) 21. 3) Денталь, Невскій 51. 4) Всероссійскій Товарищескій Складъ Зубоврачебныхъ Принадлежностей, Троицкая, 21.* Москва: *1) К. Ашъ и С., Кузнецкій пер., д. Соколъ, бл. Кузнецкаго моста. 2) Гео. Пульсонъ, Б. Дмитровка, 28.* Варшава: *Гео. Пульсонъ, Згода 4.*

Оригинальныя статьи адресуются на имя редактора Ф. А. Звѣржховскаго, СПБ., Николаевская 31, (переводы и статьи, гдѣ либо ранѣе напечатанные, не принимаются), печатаются полностью или съ сокращеніями по усмотрѣнію редакціи. Ненапечатанныя статьи хранятся 3 мѣсяца. Статьи оплачиваются: чисто научныя оригинальныя по особому соглашенію, а компиляціи и рефераты по усмотрѣнію редакціи.

О всякой новой книгѣ, присланной въ редакцію, печатается безплатно объявленіе, а о спеціальныхъ работахъ помѣщается и рецензія.

ПЛАТА ЗА ОБЪЯВЛЕНІЯ ВЪ ЖУРНАЛѢ:

За однократное объявленіе о спросѣ и предложеніи услугъ для помѣщенія въ „Зубоврачебномъ Вѣстникѣ" уплачивается 1 руб. Цѣлая страница 25 руб.; ½ стран. 15 руб.; ¼ стран. 10 руб.

Adresser tout ce qui concerne la redaction et l'administration: St. Pétersbourg, Ekatherinenkanal, Nr. 24. «Subowratchebny wiestnik» La redaction aura soin de référer ou d'annoncer, selon l'intérêt, qu'il présentera, chaque ouvrage, qui lui sera remis.

To adress communications concerning the Editor's Office and the Administration: S.-Pétersbourg, Ekatherinenkanal, Nr. 24. «Subowratchebny wiestnik» The Advertisment of any new book sent to the Editor's Office, is published gratuitously in the Journal.

Herausgeber Dr. Rudolf Wanach. Buchdruckerei v. A. Wienecke Katharinenhofer Pr. № 15.



XXXII. JAHRGANG. ST. PETERSBURGER Neue Folge XXIV. Jahrg.

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Redaktion von

Prof. Dr. Karl Dehio. Dorpat.

Dr. Johannes Krannhals. Riga.

Dr. Rudolf Wanach. St. Petersburg.

Die „St. Petersburger Medicinische Wochenschrift" erscheint jeden Sonnabend.—Der Abonnementspreis ist in Russland 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr incl. Postzustellung; in den anderen Ländern 20 Mark jährlich, 10 Mark halbjährlich. Der Insertionspreis für die 3mal gespaltene Zeilen in Petit ist 20 Kop. oder 45 Pfen.—Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt. —Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.

Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate bittet man ausschliesslich an die Buchhandlung von K. L. Ricker in St. Petersburg, Newsky-Prospekt № 14, zu richten. — Manuscripte sowie alle auf die Redaktion bezüglichen Mitteilungen bittet man an den geschäftsführenden Redakteur Dr. R. Wanach in St. Petersburg, Petersb. Seite, Alexandrowski Pr. 6 zu richten. Sprechst. Dienstag, Donnerstag und Sonnabend 5—6.

№ 2 St. Petersburg, den 13. (26.) Januar. 1907.

Aus der Dorpater Medizinischen Klinik.

Ueber paroxysmale Tachykardie.

(Vortrag, gehalten auf dem XVII. Aerztetage der Gesellschaft livländischer Aerzte in Wolmar).

Von

Dr. Ernst Masing.

Unter paroxysmaler Tachykardie oder anfallsweisen Herzjagen versteht man bekanntlich einen Symptomenkomplex, der sich folgendermassen charakterisieren lässt: unerwartetes, plötzliches Auftreten und ebenso plötzliches spurloses Verschwinden einer sehr bedeutenden Beschleunigung der Herztätigkeit, die ohne sonstige schwerere objektive und subjektive Erscheinungen einhergehen kann und von verschiedener Dauer ist.

Da dieses Krankheitsbild zu den seltenen gehört — es sind bisjetzt etwa 140 Fälle in der Literatur bekannt geworden, dürfte es vielleicht nicht unangebracht sein einen hierher gehörigen, in der Dorpater Medizinischen Klinik beobachteten, Fall zur allgemeinen Kenntnis zu bringen.

Vorausschicken möchte ich noch, dass dieser Fall sich in einigen Einzelheiten von den meisten bisher beobachteten unterscheidet.

Es handelt sich um eine unverheiratete früher in Dorpat wohnhafte Dame von 32 Jahren, die am 20. Februar dieses Jahres in die Dorpater Medizinische Klinik aufgenommen wurde.

Anamnese: Die Pat. hat angeblich mit 3 Jahren zum ersten Mal Gelenkrheumatismus durchgemacht, seitdem sind von Zeit zu Zeit wieder Gelenkschmerzen und -schwellungen aufgetreten. Etwa seit dem 9. Lebensjahre hält sie sich für herzleidend, da damals — also vor 23 Jahren — die ersten Anfälle von Herzklopfen vorgekommen sind.

Diese Anfälle sind von verschiedener Intensität und Dauer die leichteren werden meist durch Körper- und Gemütsbewegungen hervorgerufen, für die schweren weiss die Pat. keine rechte Ursache anzugeben, da die Anfälle nicht selten ganz spontan auftreten, doch erwähnt sie ausdrücklich, dass plötzliche starke Bewegungen, Sprünge, sich Bücken u. s. w. im Stande sind einen Anfall auszulösen. - Die Anfälle beginnen plötzlich und gehen beim Aufhören in einen kurze Zeit anhaltenden im unregelmässigen Puls über, der aber bald wieder regelmässig wird. Grössere Beschwerden sind dabei nicht vorhanden, namentlich keine Atemnot, so dass die Pat. im Anfall meist ruhig umhergehen kann, sie hat nur das Gefühl von starkem Herzklopfen, zuweilen Kopfschmerzen und Druckempfindung in der Brust. Am folgenden Tage dagegen klagt sie nicht selten über Schmerzen in der Herzgegend.

Ausserhalb der Anfälle ist die Pat. etwas kurzatmig; nach längerem Gehen oder Stehen zeigen sich leichte Schwellungen der Füsse und Knöchelgegend.

Status praesens: Die Pat. ist mittelgross, grazil gebaut, mager und wenig muskulös. Temp. normal.

Haut weiss, ziemlich blass, keine Spuren überstandener Syphilis. Unbedeutende Zyanose, keine Oedeme, Leber und Milz nicht palpabel, nicht vergrössert. — An den Lungen und den Verdauungsorganen keine Veränderungen. Recht frequente Atmung: 24—28 p. m.

Die Herzdämpfung reicht nach links fast bis zur vorderen Axillarlinie. Spitzenstoss im 5., 6. und 7. Interkostalraum ausserhalb der Mamillarlinie. Ueber dem ganzen Herzen — namentlich über dem Sternum — hört man ein lautes diastolisches Geräusch; über der Aorta und der Herzspitze ausserdem ein leises systolisches Blasen; mit Ausnahme des lauten 1. Pulmonaltones sind die Herztöne leise. Leichtes Duroziez'sches Doppelgeräusch bei Kompression der Art. femoralis. — Puls 88 p. m. abgesehen von 1—2 Intermissionen in der Minute — regelmässig, recht gross und celer. Keine nachweisbare Arteriosklerose.

Im Urin nichts pathologisches. — Tagesquantum gering.

Am Nervensystem sind objektive Veränderungen nicht zu bemerken. Doch klagt die Pat. über Kopfschmerzen und leichte allgemeine Erregbarkeit.

Wie ersichtlich handelt es sich um eine mit leichter Stenose komplizierte Insuffizienz der Aortenklappen ohne stärkere Kompensationsstörungen, aber mit dem in der Anamnese erwähnten anfallsweisen Auftreten von starkem Herzklopfen.

Während der ersten 9 Tage des Aufenthalts in der Klinik fühlte sich die Pat. bei Bettruhe und Natr. nitrosum recht wohl und hatte keine Anfälle.

Am 1. März. — 2 Stunden nach einer etwas aufregenden Unterredung — bekam die Pat. einen tachykardischen Anfall. Die Pulsfrequenz stieg mit einem Ruck von 104 auf 210 p. m., dabei ruhige Atmung (20 p. m.); subjektiv: Gefühl von starkem Herzklopfen, Klappen in der Schläfengegend, Kopfschmerzen. 1 Stunde nach Einatmung von Amylnitrit sank die Frequenz auf 180 p. m. um später wieder auf 220 zu steigen. Dabei waren Puls- und Herztätigkeit (auskultatorisch) ganz regelmässig. — Nach 6-stündiger Dauer hörte der Anfall auf, und zwar nach Angaben der Pat. unmerklich.

Am 6. März. Morgens ohne nachweisliche Ursache mehrere kurze Anfälle; nachmittags ein 6-stündiger Anfall, der mit einem heftigen Schlage endete.

Noch 4 ähnliche Anfälle von 3—7 Stunden Dauer und am 25. März 3 kürzere von gleichem Charakter kamen zur Beobachtung. Während der Anfälle empfindet die Pat. jetzt nur starkes Herzklopfen wobei bisweilen der regelmässige Wechsel von starken und weniger starken Schlägen subjektiv empfunden wird. Die letzten Anfälle traten stets auf während oder nachdem die Pat. Treppen gestiegen war.

Die Herztätigkeit war dabei wie gesagt ganz regelmässig; Vergrösserung der Herzdilatation während des Anfalls konnte nicht nachgewiesen werden.

Von inneren Mitteln wurden therapeutisch versucht Natr. nitrosum, Adonis, Convallaria, Digalen, ausserdem Inhalationen von Amylnitrit. Die Digaleninjektionen haben zeitweilige Pulsverlangsamung während der Anfälle zur Folge, beispielsweise ging am 14. März die Frequenz von 204 auf 148 und am 19. März von 200 auf 140 herunter. Doch schienen sie gar keine Wirkung auf die Dauer und Häufigkeit der Anfälle zu haben. Die Versuche die Anfälle durch Fingerdruck auf den Vagus, Druck auf die Herzgegend und tiefe Inspirationen zu koupieren, waren erfolglos.

Am 27. März verliess die Pat. nur wenig gebessert die Klinik.

Wir haben es also mit einem Aortenklappenfehler zu tun, der mit typischen tachykardischen Anfällen kompliziert ist.

Was ist nun Tachykardie? Der Begriff Tachykardie wurde von Gerhardt [1]) und Pröbsting [2]) in die klinische Terminologie eingeführt und sollte nichts weiter bezeichnen, als nicht febrile Beschleunigung der Herztätigkeit, einerlei aus welcher Ursache. Bald darauf wurde aber die Tachykardie aus einem Symptom zu einer Krankheit sui generis.

Es wurden darunter alle möglichen, nicht fieberhaften Herzbeschleunigungen verstanden, und ihre Ursache sah man gemäss den damals herrschenden Anschauungen über die Bedeutung der extrakardialen Herznervensystems entweder in einer Lähmung des Vagus oder einer Reizung des Sympathicus. — Erst Bouveret [3]) unternahm es 1889 aus der grossen Zahl aller hierher gehörigen Krankheitsfälle eine wohlcharakterisierte Gruppe nämlich die paroxysmale, anfallsweise auftretende Tachykardie auszuscheiden und als besonderes Krankheitsbild aufzufassen, während alle übrigen Pulsbeschleunigungen zum Symptom degradiert wurden.

Die Anschauungen über die Aetiologie dieser Paroxysmen blieben jedoch die alten. Es blieb bei dem Dilemma: Vaguslähmung oder Acceleransreizung. Die hypotetische zeitweilige Vaguslähmung wurde u. a. durch die Annahme einer an- und abschwellenden, auf den Vagus drückenden Halslymphdrüse erklärt, oder es wurden nach Nothnagels [4]) Vorgang zentrale, auf den Vaguskern einwirkende Ursachen gesucht. — Martius [5]) analysiert in einer 1895 erschienenen Monographie die bis dahin bekannten Fälle und die zugehörigen Theorien und kommt zum Resultat, dass bei wirklichen anatomischen Laesionen des Vagus die Pulsbeschleunigung nie anfallsweise auftrete und sich in viel bescheideneren Grenzen halte (maximum 140—160 Pulse p. m.). Daher dürfe man beim tachykardischen Anfall, der viel höhere Frequenzen aufweisen könne, nicht an eine Vaguslähmung denken.

Aus denselben Gründen dürfe man auch keine Sympathicusreizung annehmen, denn das physiologische Experiment zeigt, dass durch Acceleransreizung nur sehr mässige Frequenzerhöhungen erzielt werden.

Für das Wesen der paroxysmalen Tachykardie hält Martius an der Hand eines eigenen und analoger, schon früher veröffentlichter Fälle, die mit Herzerweiterung und allgemeinen Kreislaufsstörungen (Oedeme, Leberschwellung, Albuminurie) einhergingen. — die primäre akute Herzdilatation, die zu kompensatorischer Pulsbeschleunigung führe.

Doch auch diese Anschauung hat sich nach neueren Untersuchungen von Aug. Hoffmann [6]), Lommel [7]), de la Camp [8]) u. a. als irrig erwiesen. — Vor allem — und das ist abgesehen von genauen Perkussionsbefunden durch Roentgendurchleuchtung nachgewiesen — geht eine grosse, vielleicht die überwiegende Zahl von Paroxysmen ohne akute Herzerweiterung einher, ebenso sind allgemeine Kreislaufsstörungen keineswegs obligatorisch. Auch der von mir oben beschriebene Fall zeigte weder eine Vergrösserung der Herzdämpfung, noch eine Zunahme der Insuffizienzerscheinungen während der Anfälle. — Ferner gelingt es zuweilen die Anfälle durch Druck auf den Vagus, durch tiefe Inspirationen, oder Pressen bei angehaltenem Atem zu koupieren, was ja bei primärer Herzdilatation recht unverständlich wäre. Die Herzdilatation scheint, wo sie vorkommt, nicht die Ursache, sondern die Folge der Tachykardie zu sein.

Ueber die eigentliche Ursache sind wir durchaus noch im Unklaren. Als Gelegenheitsursache für den Ausbruch der Anfälle wurde, wie Hoffmann [9]) erwähnt, von 126 Fällen 23 mal Aufregung und Schrecken angegeben, 3 mal war eine Kopfverletzung vorausgegangen, 2 mal handelte es sich um organische Gehirnkrankheiten, 19 mal um schwächende Krankheiten und Vergiftungen (Alkohol, Tabak u. a.), 23 mal um Störungen der Abdominalorgane 24 mal um Herzkrankheiten, 21 mal um vorausgegangene körperliche Anstrengungen; dagegen wurden für die Entstehung des einzelnen Anfalls meist Schreck, körperliche Anstrengung, Gemütsbewegungen u. a. verantwortlich gemacht. Einige Patienten waren imstande die Anfälle willkürlich z. B. durch einige Kniebeugen hervorzurufen; in der Regel konnten sie sie dann auch durch irgend einen Kunstgriff (Pressen, tiefes Atemholen) willkürlich unterdrücken. — Auf Grund dieser letzten Tatsachen, ferner, da nicht selten während der Anfälle, Erweiterung, Verengerung oder Verschiedenheiten der Pupillen, Polyurie u. a. nervöse Erscheinungen beobachtet worden sind und da endlich die patholog.-anat. Befunde garkeine Anhaltspunkte für die Pathogenese der Anfälle gegeben haben, ist Aug. Hoffmann geneigt die paroxysmale Tachykardie als zentrale Neurose anzusehen, deren Sitz das verlängerte Mark ist. Viel mehr als eine Hypothese ist diese Ansicht freilich nicht.

Betont werden muss jedenfalls dass die in einem Teil der Fälle beschriebenen anatomischen Veränderun-

[1]) Ueber einige Angioneurosen; Volkmanns Samml. klin. Vorträge Nr. 209, 1881.

[2]) Ueber Tachykardie, Dtsch. Arch. für klin. Med. Bd. 31, pg. 349, 1882.

[3]) De la tachycardie essentielle paroxystique, Revue de médecine t. IX. p. 753 (zitiert nach Martius).

[4]) Ueber paroxysmale Tachykardie — Wiener med. Blätter. 1887 Nr. 1—3.

[5]) Tachykardie — Stuttgart. 1895.

[6]) «Herzneurosen», l. c. pg. 284.

[7]) «Pathologie und Therapie der Herzneurosen». Wiesbaden. 1901, p. 293. u. «Ueber Verdoppelung der Herzfrequenz nebst Bemerkungen zur Analyse des unregelmässigen Pulses» Zeitschrift für klin. Med. Bd. 53, pg. 210.

[8]) «Ueber anfallsweise auftretende Verdoppelung der Herzfrequenz». Dtsch. Arch. für klin. Med. Bd. 82, pg. 496.

[9]) «Experimentelle Studien über die akute Herzdilatation». Ztschr. für klin. Med. Bd. 51, pg. 71.

gen der Klappen und des Herzmuskels keineswegs für die Erklärung des klinischen Symptomenkomplexes ausreichen, denn sie sind nicht konstant — es giebt tachykardische Anfälle ohne nachweisbare Herzklappen- oder Muskelveränderungen, wir haben sogar Sektionsberichte, wo keinerlei Veränderungen am Herzen gefunden werden konnten [10]).

Ueber den Mechanismus, der einen tachykardischen Anfall auszulösen imstande ist, haben also auch die letzten Jahre keine befriedigende Erklärung geben können. Dafür hat aber die Analyse der in geeigneten Fällen aufgenommenen Pulskurven manches Neue über das Wesen des Anfalls zu Tage gefördert.

Es fiel nämlich auf, dass die Pulsfrequenz im Anfall meist ungefähr ein vielfaches der Frequenz in der Ruhe, ausserhalb des Anfalls, betrug, und zwar das Doppelte oder das Vierfache. Wenn die Zahlen auch nicht immer genau stimmten, so konnte hervorgehoben werden, dass die Frequenz während und ausserhalb des Anfalls labil sei, innerhalb recht weiter Grenzen schwanken, daher auch die Verhältniszahlen der Frequenzen nicht genau zu sein brauchten. Wo der Puls unmittelbar vor und nach Beginn oder Schluss des Anfalls gezählt wurde, stimmte das Resultat überraschend gut.

Hoffmann [11]) gelang es nun in einigen Fällen diese Uebergänge graphisch in Pulskurven zu registrieren, besonders gut bei einem Patienten, der imstande war die Anfälle willkürlich hervorzurufen und durch tiefe Atemzüge wieder zu koupieren. — Auf einer von Hoffmann veröffentlichten Kurve kommt nun folgendes zur Beobachtug: unmittelbar nach Beginn des Anfalls ist die Frequenz doppelt so gross wie vordem, ausserdem sind die ersten schnellen Schläge alternierend, indem regelmässig auf einen stärkeren (a) ein schwächerer (b) folgt. Gleich darauf bemerkt man noch etwas Weiteres: Zwischen den Pulswellen — fast genau in der Mitte der einzelnen Pulsperioden — zeigen sich kleine, allmählich an Grösse zunehmende Erhebungen der Kurve, — Zwischenschläge die den Charakter von Herzkontraktionen tragen und nach etwa 10 Schlägen die Normal-Höhe der grösseren Pulswellen erreicht haben. Damit ist der Puls wieder im strengen Sinne des Wortes regelmässig geworden und hat sich abermals verdoppelt. Die Pulskurve sieht schematisch gezeichnet folgendermassen aus.

[10]) cf. Hoffmann — Herzneurosen, pg. 292.

[11]) «Ueber Verdoppelung etc.» l. c. pg. 211. u. «Neuere Beobachtungen über Herzjagen». Dtsch. Arch. f. klin. Med. Bd. 78, pg. 39.

Figure 1.

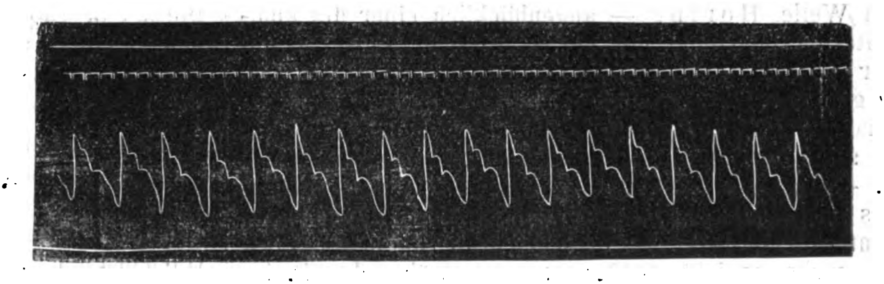


Damit liess sich also ad oculos demonstrieren, dass der tachykardische Anfall nicht in einer gewöhnlichen allmählich sich steigernden Beschleunigung, sondern in einer plötzlich einsetzenden Vervielfachung der Herzfrequenz besteht, und zwar entweder in einer Vervierfachung, wie die vorliegende Kurve zeigt, oder in einer Verdoppelung.

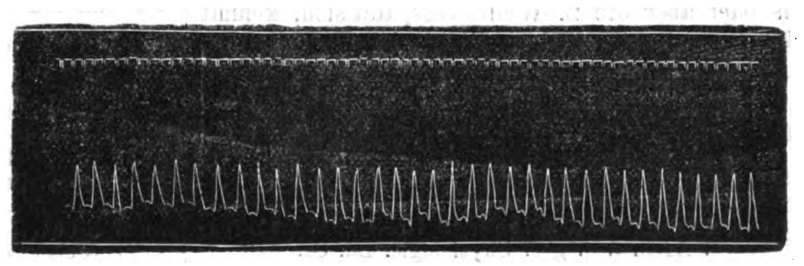
Zum Schluss der Anfälle ging die Frequenz in der Regel nach mehreren unregelmässigen Schlägen von verschiedener Länge auf die Hälfte resp. ein Viertel zurück, wobei einmal [12]) der Vorhof noch eine zeitlang im schnellen Tempo weiterpulsierte, wie die Venenpulskurve zeigte, während der Ventrikel schon auf die halbe Schlagzahl zurückgegangen war.

An unserer Patientin war es aus verschiedenen Gründen nicht möglich Pulskurven der Uebergangsperioden — also des Anfangs und Endes der Anfälle — zu erhalten. Doch zeigen die abgebildeten Kurven 1 und 2, dass der Radialpuls während des Anfalls rhythmisch und nahezu doppelt so frequent, wie ausserhalb des Anfalls ist.

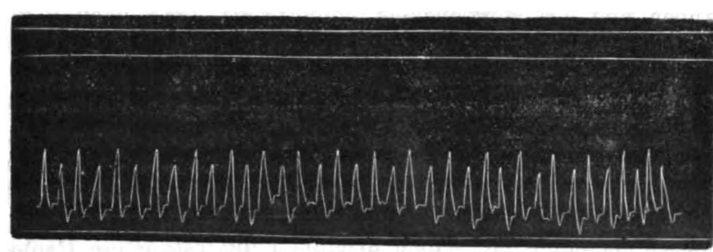
[12]) Hoffmann «Ueber Verdoppelung etc.». l. c. pg. 213.



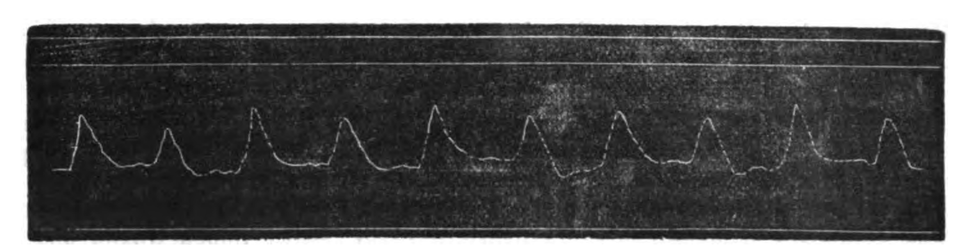
Kurve Nr. 1.
Ausserhalb des Anfalls.
25. März 1906. Frequenz: 87,8.



Kurve Nr. 2.
Während des Anfalls.
26. März 1906. Frequenz: 168.



Kurve Nr. 3.
Während des Anfalls.
22. März 1906. Frequenz: 192.



Kurve Nr. 4.
Dasselbe wie Nr. 3 bei rasch laufendem Sphygmographen.

Ausserdem bemerkt man an der tachykardischen Kurve (Nr. 2) eine Erscheinung angedeutet, die auf den Kurven Nr. 3 u. 4 viel deutlicher ausgeprägt ist, nämlich den regelmässigen Wechsel von grösseren und kleineren Pulswellen, wobei die grössere Welle sich stets von einem niedrigeren Niveau erhebt, als die kleinere.

Was die kleinere Welle ist, lässt sich unschwer zeigen: Doch wohl nichts Anderes, als die Fortsetzung der auf der Hoffmann'schen Kurve zu Beginn des Anfalls auftretenden Zwischenwelle, die ja die Verdoppelung des Rhythmus bedingte. Nur haben im vorliegenden Falle die Zwischenwellen nicht die Grösse der Normalwellen erreicht, was übrigens auch Huber [13]), Hoffmann [14]) und Lommel [15]) in 5 Fällen gesehen haben.

Schwieriger ist es schon die Frage zu beantworten, auf welche bekannte Unregelmässigkeit der Herzaktion sich die vorliegende Pulsform zurückführen lässt; es könnte sich um einen kontinuierlichen P. bigeminus oder um den sogen. P. alternans handeln. Der prinzipielle Unterschied zwischen beiden wird klar, wenn man sich vergegenwärtigt, dass beim Bigeminus des Rhythmus der Herztätigkeit gestört ist, beim Alternans in der Regel nicht, oder nur unbedeutend und in einer anderen Weise; beim Bigeminus fällt eine normale Herzkontraktion aus, indem durch einen vorzeitigen, von den physiologischen Herzreizen unabhängigen Extrareiz eine Extrasystole ausgelöst wird; der nächste normale Reiz fällt in die refraktäre Phase, die Periode der herabgesetzten Erregbarkeit des Herzmuskels und muss daher unwirksam bleiben. Charakteristisch für den Herzbigeminus ist also die Vorzeitigkeit der zweiten, kleineren Welle. Hering — augenblicklich einer der kompetentesten Beurteiler des unregelmässigen Pulses — hat ferner gezeigt [16]), dass der Bigeminus wahrscheinlich myogenen Ursprungs ist, nicht durch Reizung extrakardialer Herznerven hervorgerufen werden kann und dass seine gewöhnliche Ursache Zirkulationshindernisse sind. — In den peripheren Arterien kommt der Bigeminus nicht immer deutlich zum Ausdruck und zwar kommt es vor, dass der 2. Schlag überhaupt die Peripherie nicht erreicht — das ist der gewöhnliche P. intermittens oder aber die 2. Welle verspätet sich, kommt so in der Pulskurve auf den Platz der ausfallenden Normalwelle zu stehen. Der Radialpuls kann hier rhythmisch sein bei gestörtem Rhythmus des Herzens: das ist der von Hering [17]) sogenannte P. pseudoalternans. In beiden Fällen weist die Herzstosskurve das Bestehen eines Herzbigeminus nach.

Der wahre P. alternans, der durch einen Herzalternans bedingt wird, scheint ein seltenes Symptom zu sein, da bisjetzt nur 6 sichere Fälle [18]) bekannt sind. Es besteht ebenfalls in einem regelmässigen Wechsel von stärkeren und schwächeren Herzkontraktionen. Hier werden aber die Herzkontraktionen durch normalzeitige, rhythmische Reize hervorgerufen. Wir finden also nie eine Vorzeitigkeit der kleineren Welle; wohl aber kommt aus hier nicht näher zu erörternden Ursachen zuweilen eine geringe Verspätung der kleineren Welle vor [19]).

Es fragt sich also, handelt es sich in unserem Fall um einen Pulsus pseudoalternans, der durch einen Herzbigeminus, oder um einen echten P. alternans, der durch einen Herzalternans bedingt wird. — Die Pulskurve allein ist nicht entscheidend. Eine Herzstosskurve, die den Ausschlag gegeben hätte, konnte in Ermangelung eines geeigneten Apparats nicht aufgenommen werden.

Und doch kann man sich hier dafür aussprechen, dass es sich aller Wahrscheinlichkeit nach um einen Herzalternans gehandelt habe; denn es war die Herztätigkeit während des Anfalls eine vollkommen rhythmische, soweit das auskultatorisch bestimmt werden konnte, und das spricht natürlich gegen Bigeminie; auch die Annahme, die kleineren Wellen seien interpolierte Extrasystolen, die analog dem Bigeminus durch ausserhalb des Orts der normalen Reizbildung entsprechende Reize hervorgerufen seien, ist schwer haltbar; denn es ist recht gewagt sich vorzustellen, dass die Extrasystolen bei einem Pulse von 192 p. m. im Laufe von Stunden immer genau an einer bestimmten Stelle der Pulswelle, nämlich auf ihrer halben Länge einsetzen.

Es ist also wohl ein P. alternans, mit dem wir es hier zu tun haben [20]).

Endlich haben wir uns noch mit der Frage zu beschäftigen, wie diese merkwürdige Verdoppelung der Herzfrequenz im tachykardischen Anfall zustande kommt. Hoffmann [21]) hat darüber eine Theorie aufgestellt, die

---

[13]) «Sphygmographische Beobachtungen». Dtsch. Arch. f. klin. Med. Bd. 47.

[14]) «Neuere Beobachtungen über Herzjagen». l. c.

[15]) «Ueber anfallsweise auftretende Verdoppelung der Herzfrequenz». l. c.

[16]) «Zur experimentellen Analyse der Unregelmässigkeiten des Herzjagens». Arch. f. d. ges. Physiologie. Bd. 82.

[17]) «Ueber den Pulsus pseudoalternans». Prager med. Wochenschr. Bd. XXVII. April 1902.

[18]) Riehl: «Ueber Herzalternans beim Menschen». Zeitschr. für exper. Pathologie u. Therapie. Bd. III. pg. 2. u. Volhard: «Ueber pulsus alternans u. pseudoalternans». Münchener med. Wochenschr. 1905. Nr. 13.

[19]) Volhard, l. c.

[20]) Hoffmann u. Lommel deuten ihre Kurven ebenso; auch Riehl, der sie bespricht. l. c.

[21]) «Ueber Verdoppelung der Herzfrequenz etc.». l. c.

um so annehmbarer ist, als sie sich auf physiologische Experimente von Kries, Engelmann, Tigerstedt und Strömberg stützt. Kries[22]) legte nämlich quer um Froschherzen herum metallne Röhrchen in denen kaltes Wasser floss und erwärmte die oberhalb der abgekühlten Stelle zur Herzbasis zu gelegenen Abschnitte. Dabei fand er, dass die erwärmten Partien schneller schlugen, als die abgekühlten, und zwar, je nach dem Grade der Abkühlung 2×, 4×, 8× u. s. w. schneller, also immer in Potenzen von 2; eine 3-fache, 5-fache, 6-fache u. s. w. Beschleunigung kam nicht vor.

Nun stellt sich Hoffmann vor, dass normalerweise am Ort der physiologischen Reizbildung (a) — den Einmündungsstellen der grossen Venen in die Vorhöfe — eine viel grössere Zahl von Reizen produziert wird, als schliesslich wirksam wird, angenommen 400 Reize p. m. Die anliegenden Muskelelemente (b) sind weniger reaktionsfähig und daher nicht imstande alle 400 Reize zu beantworten; nach Analogie der Kries'schen Versuche schlagen sie nur 200 Mal p. m. — Noch weiter abwärts kommt eine noch weniger erregbare Partie (c), die 200 Reize empfängt, aber nur auf 100 zu reagieren vermag; dies sei der Ort wo die normale Herzfrequenz zum Ausdruck kommt. Warum nicht unter Umständen c 3× so langsam schlägt als b wird erklärlich, wenn man bedenkt, dass die Unterschiede der Erregbarkeit benachbarter Muskelteilchen nur gering sein können; hat aber andererseits Teilchen c einen von b kommenden Reiz wegen mangelhafter Erregbarkeit versäumt, so muss es auf den nächsten Reiz warten; es kann demgemäss c nicht auf 6 Kontraktionen von b mit 5 u. 4 reagieren, sondern nur mit 3, es muss also in halber Frequenz schlagen. Da ferner bekanntlich nur die Kontraktion eines Muskelelements den physiologischen Reiz für das benachbarte Element abgiebt, so kann b, welches sich nur 200× kontrahiert, natürlich nicht die 400 von a empfangenen Reize an c weitergeben, sondern nur 200.

So verhielte sich also die normale Herztätigkeit.

Die Untersuchungen Engelmanns[23]) u. a. haben nun gezeigt, dass das Herznervensystem imstande ist die Erregbarkeit, Kontraktilität und Leitungsfähigkeit, mit einem Worte die Reaktionsfähigkeit des Herzmuskels in positivem und negativem Sinne zu beeinflussen.

Stellen Sie sich vor, dass durch Nerveneinflüsse die Reaktionsfähigkeit des Elements c steige; dann wird bald der Moment eintreten, wo c alle 200 von b kommenden Reize mit Kontraktionen beantworten kann: die Herzfrequenz hat sich damit plötzlich verdoppelt; steigt die Reaktionsfähigkeit von b und c noch weiter, so reagiert schliesslich das ganze Herz auf alle 400 von a ausgehenden Reize — es hat seinen Rhythmus vervierfacht. In einer so zustande kommenden Verdoppelung resp. Vervierfachung der Herzfrequenz besteht nach Hoffmann's Ansicht der tachykardische Anfall.

Diese Ansicht ist nicht widerspruchslos hingenommen worden. U. a. hat D. Gerhardt[24]). Beobachtungen gemacht, die dagegen zu sprechen scheinen.

Gerhardt erwähnt nämlich, dass der Venenpuls während mancher Anfälle nicht praesystolisch sondern rein systolisch sei, was für die Extrasystolennatur und gegen den von Hoffmann angenommenen Beschleunigungsmechanismus spreche. Ausserdem zeigt Gerhardt an der Hand einer Kurve, „dass sowohl eine Verdoppelung der Schlagfolge, wie auch ein allmähliches Anwachsen der eingeschobenen Zuckung vom kaum wahrnehmbaren bis zum beinahe normal grossen Pulsschlag durch notorische Extrasystolen bewirkt werden kann". Den systolischen Venenpuls im Anfall demonstrierende Kurven hat Gerhardt — soweit mir bekannt — nicht veröffentlicht; was ferner die Bedeutung extrasystolischer Interpolationen für die Verdoppelung der Herzfrequenz anbetrifft, so muss gewiss zugegeben werden, dass eine Verdoppelung durch Extrasystolen zustande kommen kann. — Doch bleibt es immerhin offen, ob eine so entstandene Verdoppelung Stunden und Tage bei Frequenzen bis zu 300 p. m. anhalten kann. Das ist zum mindesten unwahrscheinlich.

Die Hoffmann'sche Theorie hat jedenfalls den Vorzug den Tatsachen in anschaulicher und zwangloser Weise gerecht zu werden. — Ihre Richtigkeit müsste freilich noch durch weitere Beobachtungen bewiesen werden.

Zum Schluss noch ein paar Worte zur Prognose und Therapie.

Die Prognose des einzelnen unkomplizierten Anfalls ist im Allgemeinen günstig. Es sind Fälle bekannt, wo die Paroxysmen seit 43 resp. 47 Jahren bestanden und nicht einmal die Arbeitsfähigkeit wesentlich beeinträchtigten. Die Gefahr liegt in der bei schweren Anfällen drohenden Herzinsuffizienz. — Alle Zustände die an sich schon Herzinsuffizienz zur Folge haben können, organische Herzleiden, Arteriosklerose, Nephritiden verschlechtern die Prognose natürlich wesentlich[25]). — Doch dass auch bei einem mittelschweren Klappenfehler die Anfälle 23 Jahre lang gut ertragen werden können, beweist unsere Patientin.

Dagegen kommt es nur selten vor, dass die Anfälle gänzlich aufhören; hierher gehört der Fall von Hampeln[26]), wo aber eine komplizierende Perikarditis vielleicht besondere Verhältnisse geschaffen hat. Wie vorsichtig man in der Prognose sein muss, beweist die Beobachtung von Fritz[27]), wo die Anfälle nach 7½-jähriger Pause wiederkehrten. Eine Ausnahme von der Regel bilden vielleicht die von Kisch[28]) beschriebenen Tachykardien des Klimakteriums, die angeblich häufig weniger als 2 Tage anhalten und dann in der Regel gänzlich zurückgehen. Dabei ist es nicht sicher, wie oft es sich hier um echte Paroxysmen gehandelt hat.

Die Therapie hat natürlich nach Möglichkeit eine kausale zu sein. Syphilis, Dyspepsien, Darmparasiten, Alkohol und Tabak sind als Gelegenheitsursachen zu berücksichtigen.

Interessant ist es, dass die Anfälle zuweilen durch Druck auf den Vagus, tiefe Inspirationen, Anspannen der Bauchpresse koupiert werden können, dies weist entschieden auf die neurogene Ursache des Leidens hin. — Wo diese Kunstgriffe fehlschlugen, will man zuweilen von der Digitalis eine gute Wirkung gesehen haben. Doch kann man von ihr, wenn wir an der Anschauung der parox. Tachykardie als bulbärer Neurose festhalten, natürlich nichts mehr als eine, meist unbedeutende, symptomatische Wirkung erwarten.

---

[22]) «Ueber eine Art polyrhythmischer Herztätigkeit». Arch. f. Anat. u. Physiol. 1902. Phys. Abt. Zitiert nach Hoffmann: «Ueber Verdoppelung etc.», wo sich auch eine genauere Erklärung der Kries'schen Versuche findet.

[23]) «Das Herz und seine Tätigkeit im Lichte neuerer Forschung». Leipzig 1904. u. a.

[24]) «Beitrag zur Lehre von den Extrasystolen». Dtsch. Arch. für klin. Med. Bd. 82, pg. 518.

[25]) cf. Hoffmann «Herzneurosen» l. c.

[26]) «Ueber einen Fall habitueller und paroxystischer Tachykardie mit dem Ausgang in Genesung». Dtsche Med. Wochenschr. 1892. Nr. 35.

[27]) Ueber Tachykardie zur Zeit der Menopause». Prager med. Wochenschr. 1891, Nr. 10.

[28]) citiert bei Hoffmann «Herzneurosen».

Das Leprosorium bei Wenden 1896—1906.

Von
Dr. med. E. Kiwull,
dirig. Arzt der Anstalt.

Am 26. August 1906 vollendeten sich 10 Jahre, seit die ersten Leprösen das in der Nähe der Kreisstadt Wenden errichtete Leprosorium bezogen. Bei dieser Gelegenheit sei es gestattet einen kurzen Rückblick über die Tätigkeit dieser Anstalt im Verlauf dieser 10 Jahre zu bringen.

Die von Prof. Ed. von Wahl begonnene, von Prof. K. Dehio energisch weitergeführte Arbeit in der Leprafrage führte am 23. März 1891 zu der obrigkeitlichen Bestätigung der Gesellschaft zur Bekämpfung der Lepra in Livland und Estland. Diese Gesellschaft hatte sich die Aufgabe gestellt in unseren Landen Lepraheime zu errichten und auf diese Weise das traurige Schicksal der Leprösen zu erleichtern, andrerseits der Verbreitung der Seuche durch Internierung der Kranken in geschlossenen Anstalten entgegenzuarbeiten. Von diesem Gesichtspunkte aus wurde am 25. September 1891 das Leprosorium Muhli bei Dorpat, am 5. November 1892 das Leprosorium Nennal bei Tschorna am Peipussee eröffnet [1]).

Da anfangs in beiden Anstalten Letten und Esten gemischt verpflegt wurden, machten sich bald bei der Verschiedenheit beider Volksstämme in Sprache und Sitte Unzuträglichkeiten bemerkbar. Infolge dessen beschloss der Verwaltungsrat der Gesellschaft zur Bekämpfung der Lepra 1894 im lettischen Teile Livlands bei Wenden ein drittes Leprosorium zu erbauen, das ausschliesslich für lepröse Letten bestimmt sein sollte. 1896 waren die Arbeiten schon soweit gediehen, dass am 26. August die ersten Kranken die Anstalt bezogen und am 29. August bei Gelegenheit des VIII. livländischen Aerztetages in Wenden die feierliche Eröffnung des Leprosorium Wenden erfolgte.

Bau und Einrichtung des Leprosorium Wenden hat in Summa 25010 Rbl. 68 Kop. gekostet, eingerechnet den Ankauf des Grundstückes und die Beschaffung der inneren Einrichtung. Ein Teil der inneren Einrichtung war durch Munificenz der livländischen Ritterschaft aus dem Inventar des ehemaligen Fellin'schen Landesgymnasiums der Lepragesellschaft zur Verfügung gestellt worden und wurde der Wenden'schen Anstalt überwiesen.

Die anfangs gehegte Furcht in der Nähe der Lepraanstalt eine Gefahr für die nachbarliche Stadt zu erblicken hat sich im Laufe der Jahre völlig überwinden lassen.

Ueber die materielle Lage der Gesellschaft zur Bekämpfung der Lepra hat Prof. Dr. K. Dehio in den jährlich erschienenen detaillierten Rechenschaftsberichten genannter Gesellschaft in der Tagespresse, und in den Referaten auf den jährlichen Aerzteversammlungen der Gesellschaft livländischer Aerzte das grosse Publikum und die Aerzte ausgiebig orientiert. Diesen genannten Rechenschaftsberichten und Referaten entnehme ich auch die nötigen Notizen für diese Zusammenstellung.

Es sei hier nur kurz erwähnt, dass die Mittel der Gesellschaft zum Teil durch jährliche Mitgliedsbeiträge, durch Schenkungen Privater, zum grössten Teil aber aus Subsidien der livländischen und estländischen Ritterschaft beschafft wurden.

Die G. z. B. d. L. [2]) war anfangs genötigt von den Bauergemeinden 5 Rbl. monatlich als Zuschuss für die Verpflegung eines leprösen Gemeindegliedes zu beanspruchen. Da dieses zu Unzuträglichkeiten führte beschloss 1894 der livländische Landtag für jeden zu einer livländischen Bauergemeinde gehörigen und in einem der von der G. z. B. d. L. begründeten Leprosorien verpflegten Leprösen aus der Landeskasse 8 Rbl. monatlich (96 Rbl. jährlich) zu zahlen. Damit wurden die Bauergemeinden Livlands von allen Zahlungen für ihre in livländischen Leprosorien verpflegten Leprösen befreit.

Für lepröse Glieder der städtischen Steuergemeinden wurde von der G. z. B. d. L. jetzt eine Zahlung im Betrage von 8 Rbl. monatlich erhoben.

Von Seiten der hohen Staatsregierung erfolgte 1898 an die G. z. B. d. L. eine einmalige Unterstützung aus den disponiblen Mitteln des Reichsschatzes im Betrage von 20000 Rbl., und 1900 eine einmalige Subvention zum Bau des Leprosorium in Tarwast im Betrage von 8000 Rbl.

[1]) Das Leprosorium in Riga wird im Oktober 1891 unabhängig von der Gesellschaft zur Bekämpfung der Lepra dank rühriger Initiative des Dr. Ad. v. Bergmann durch die Stadt Riga begründet und eröffnet.

[2]) soll heissen: Gesellschaft zur Bekämpfung der Lepra.

Den Hauptposten in den Einnahmen der G. z. B. d. L. bildeten nach wie vor die Krankengelder, die zum grössten Teil aus der livländischen Landeskasse stammten. Es zeigte sich jedoch im Laufe der Zeit, dass eine Zahlung von 8 Rbl. monatlich für jeden Leprösen dem Verwaltungsrat der G. z. B. d. L. nicht genügte um alle Ausgaben zu decken. Nach einer im Jahre 1902 von Prof. Dehio gemachten Zusammenstellung hatte jeder Lepröse dem Verwaltungsrat 11 Rbl. 80 Kop. monatlich gekostet. Um der G. z. B. d. L. aus dieser schweren Lage zu helfen, erhöhte der livländische Landtag 1901 in bekannter Opferwilligkeit die Zahlung für jeden zu einer livländischen Landgemeinde gehörigen und in einer Anstalt verpflegten Leprösen von 8 auf 10 Rbl. monatlich.

(Bis zum Jahre 1897 waren Lepröse aus dem Gouvernement Estland auch in den livl. Leprosorien verpflegt worden und zahlte die estländische Ritterschaft der G. z. B. d. L. eine jährliche Subsidie im Betrage von 1000 Rbl. Letztere wurde unserer Gesellschaft entzogen als 1897 die estländische Ritterschaft ein eigenes Leprosorium in Kuda im Kreise Hapsal des Gouvernements Estland eröffnete).

Mit der 1899 am 18. Oktober erfolgten Eröffnung des Leprosorium Tarwast im Fellin'schen Kreise für 120 Betten verfügte die G. z. B. d. L. über Raum für circa 280 Lepröse.

Mit diesen Mitteln kämpft die Gesellschaft gegen den Leprabazillus. In wie weit der Kampf erfolgreich geführt worden ist, werden erst vollkommen deutlich spätere Zeiten zeigen. Resultatlos ist aber das bisherige Kämpfen nicht gewesen.

Wenn wir jetzt zur Schilderung der Tätigkeit des Leprosorium Wenden übergehen, so sei daran erinnert, dass in der St. Petersburger Medizinischen Wochenschrift von 1900 im Heft 4 [3]) vom Anstaltsarzt eine eingehende Beschreibung der Baulichkeiten und des Lebens und Treibens in der Anstalt geliefert worden ist. — Ausserdem findet sich eine detaillierte Schilderung des Leprosorium bei Wenden im Klinischen Jahrbuch 1897, Band 6, pag. 378—378 [4]). Im April des Jahres 1897 wurden im Auftrage der deutschen und preussischen Regierung bis baltischen Leprosorien und die im Gouvernement Petersburg im Kreise Jamburg befindliche Leprakolonie Krutija Rutschj von einer Regierungskomission zwecks Studium der Lepra und des Kampfes gegen die Lepra bereist Die Komission bestand aus den Herren Prof. Dr. M. Kirchner — Oberstabsarzt, Dr. Kübler — Regierungsrat und Dr. Urbanowicz — Kreisphysikus von Memel. In dem offiziellen Bericht genannter Herren findet sich eine genaue Beschreibung aller baltischer Lepraheime.

Am 26. August 1896 wurden die ersten Leprösen in die Wenden'sche Anstalt aufgenommen und zwar gleich 27 Patienten auf einmal. Es wurden nämlich aus den Leprosorien Nennal und Muhli alle Leprösen lettischer Nationalität evakuiert und nach Wenden übergeführt.

Vom 26. August 1896 bis zum 26 August 1906 sind bei uns behandelt worden in Summa: 183 Lepröse und zwar 106 Männer und 77 Frauen.

Der Zuzug der Patienten in den einzelnen Jahren gestaltete sich folgendermaassen:

Jahr				
1896	wurden	aufgenommen	63	Patienten
1897	»	»	25	»
1898	»	»	10	»
1899	»	»	15	»
1900	»	»	13	»
1901	»	»	16	»
1902	»	»	10	»
1903	»	»	11	»
1904	»	»	11	»
1905	»	»	7	»
1906	»	»	2	»
		Summa	183	Patienten.

Da unsere Anstalt speziell für Lepröse aus dem lettischen Teile Livlands bestimmt war, rekrutierten sich die meisten Leprösen aus den Kreisen Wolmar und Riga. Der Wenden'sche Kreis ist auffallend arm an Leprösen.

Worauf letzteres zurückzuführen, ist bisher nicht erklärt worden. Trotzdem der Wolmar'sche Kreis im allgemeinen die wohlhabendsten lettischen Bauern aufweist, die unter recht guten materiellen und dem entsprechend hygienischen Bedin-

[3]) Das Leprosorium Wenden in Livland. Von Dr. med. E. Kiwull. St. Petersburger med. Wochenschrift 1900. Heft 4.

[4]) Kirchner und Kübler — die Lepra in Russland ein Reisebericht.
Klinisches Jahrbuch hrsg. von Prof. Dr. Flügge und Prof. Dr. v. Mering. 1897. Band VI. pag. 327—394.

gungen leben, ist die Zahl der Leprösen im Wolmar'schen Kreise eine sehr grosse.

Die Bauern des Wenden'schen Kreises kommen an Wohlhabenheit gleich hinter den Wolmar'schen. Die Zahl der Leprösen im Wenden'schen Kreise ist eine minimale. Unterschiede zwischen dem Wolmar'schen und Wenden'schen Kreise finden sich nur insofern, als letzterer wesentlich bedeutendere Erhebungen über den Meeresspiegel zeigt als ersterer. Inwieweit diese Tatsache zur Erklärung des Unterschiedes in der Anzahl der Erkrankungen an Lepra herangezogen werden kann, lasse ich dahingestellt.

Von den 183 in unserer Anstalt verpflegten Leprösen hatten sich mutmaasslich infiziert:

im Wolmar'schen Kreise	106
» Riga'schen Kreise (ohne die Stadt Riga)	40
» der Stadt Riga	22
» Wenden'schen Kreise	4
» Walk'schen Kreise	3
» Pernau'schen Kreise	3
» Fellin'schen Kreise	2
» Dörpt'schen Kreise	1
in Kurland	2

Unter den 183 Patienten gab es 106 Männer und 77 Frauen.

Unter den 106 Männer litten 86 an Lepra tuberosa 20 an Lepra maculo-anästhetica.

Unter den 77 Frauen litten 39 an Lepra tuberosa 38 an Lepra maculo-anaesthetica.

Im Verlaufe der 10 Jahre des Bestehens unserer Anstalt sind gestorben 61 Patienten. 32 Männer und 29 Frauen.

Der Form nach an Lepra tuberosa 29 Männer
» » » » » » 19 Frauen

an Lepra maculo-anästhetica 3 Männer
» » » 10 Frauen

Bei den an Lepra tuberosa verstorbenen 48 Patienten war die Krankheitsdauer

25 × — 2—10 Jahre
17 × — 10—20 »
1 × — über 20 »

in 5 Fälle war die Krankheitsdauer nicht zu eruieren.

Von den an Lepra tuberosa verstorbenen 48 Patienten war unter 20 Jahren (19 Jahre) — 1 Patient

im Alter von 20—30 Jahren	7 Patienten
» » » 30—40 »	7 »
» » » 40—50 »	7 »
» » » 50—60 »	14 »
» » » 60—70 »	9 »
über 70 »	3 »

Die Todesursache bei den an Lepra tuberosa verstorbenen 48 Patienten war:

	Männer	Frauen
Lepracachexia	10	4
Tuberkulosis pulmon. et intestini	4	3
Sepsis und Pyaemia	1	1
Nephritis	5	5
Vitium cordis	4	1
Suffocatio	2	4
Suicidium	0	1
Occlusio intestini, Peritonitis, Tumor abd.	3	0
	29	19

Bei den an Lepra maculo-anästhetica verstorbenenen 13 Patienten war die Krankheitsdauer

6 × — 2—10 Jahre
5 × — 10—20 »
2 × — nicht zu eruieren.

Der jüngste an Lepra maculo-anästhetica verstorbene Patient

war 22 Jahre	1 Patient
im Alter von 40—50 Jahren stand	1 »
» » » 50—60 » »	1 »
» » » 60—70 » standen	2 »
» » » 70—80 » »	4 »
über 80 » »	3 »
1 casus dubius	1 »
	13 Patienten.

Die Todesursache bei den an Lepra maculo-anästhetica verstorbenen 13 Patienten war.

	Männer	Frauen
Marasmus	1	6
Vitium cordis	—	1
Nephritis	—	1
Durchfälle	—	1
Retropharyngealabzsess	—	1
Sepsis	1	—
Hydrocephalus	1	—
	3	10

Von den im Leprosorium Wenden verstorbenen Patienten ist etwa die Hälfte seciert worden.

Da unserer Anstalt die Leprösen aus einem ziemlich genau begrenzten Gebiet zugewiesen wurden, liessen sich im Laufe der Jahre sehr interessante Ergebnisse über die Kontagion ermitteln.

2 Ehepaare waren leprös. In beiden Fällen ist die Frau früher erkrankt und infiziert den Mann!

Nr. 90 (tub.) infiziert Nr. 91 m. a.
Nr. 114 m. a. » Nr. 113 tub.

2 Mal infiziert der Vater seinen Sohn:

Nr. 30 tub. infiziert Nr. 53 m. a.
Nr. 133 » » Nr. 183 tub.

4 Mal infiziert der Vater seine Tochter:

Nr. 87 tub. infiziert Nr. 88 tub.
Nr. 81 » » Nr. 82 »
Nr. 87 » » Nr. 88 »
× » Nr. 95 »

Ein tuberös Lepröser Vater infiziert tuberös seinen Bruder Nr. 111, seine Schwester tuberös Nr. 11 und seine 4 Kinder tuberös Nr. 155, 156, 164 u. x.),

1 tuberöse Mutter Nr. 39 infiziert 2 Kinder Nr. 105 tub. und Nr. 106 m. a.

2 × infiziert die Mutter ihren Sohn:
× infiziert tub. Nr. 89.
× infiziert tub. Nr. 81.

1 × infiziert die Mutter ihre Tochter:
× infiziert tub. ihre Tochter Nr. 95.

4 × infizieren sich Geschwister:
Bruder (m. a.) Nr. 75 infiziert die Schwester m. a. Nr. 25.
Bruder × infiziert den Bruder tub. Nr. 161.
Schwester Nr. 28 m. a. infiziert den Bruder Nr. 38 tub.
Schwester Nr. 48 tub. infiziert den Bruder Nr. 47 tub.

1 × infiziert der Sohn die Mutter:
Nr. 32 tub. infiziert Nr. 33 tub.
Nr. 147 tub. wird von seiner leprösen Grossmutter infiziert.
Nr. 106 tub. wird von seinem leprösen Schwager infiziert.
8 × giebt es Uebertragungen durch lepröse Miteinwohner.
Nr. 54. Nr. 58. Nr. 78. Nr. 79. Nr. 85. Nr. 87. Nr. 117 und Nr. 149.

Wenn wir zum Schluss noch kurz von unseren Erfahrungen sprechen, so können eigentlich nur bestätigen was anderweitig aus grosser Erfahrung und grossen Statistiken vorgeführt worden ist.

Die tuberösen Formen der Lepra sind entschieden bösartiger als die maculo-anästhetischen, auch starben die mit Lepra tuberosa behafteten Patienten früher, als die mit Lepra maculo-anästhetica behafteten. Je häufiger bei den tuberösen Formen die Eruption von Knoten und Infiltraten erfolgt, je rascher geht es zu Ende.

Ganz ungefährlich in Bezug auf eine Infektion sind die Fälle von Lepra maculo-anästhetica nicht, da schon in unserem kleinen Material sich Fälle finden wo mit L. m. a. behaftete Patienten andere Menschen mit L. t. resp. L. m. a. infiziert haben. Bei Gelegenheit der Untersuchung des Nasenschleims der verschiedenen Patienten auf Leprabazillen, haben wir bei den tuberösen Formen im Nasenschleim geradezu unzählige Bazillen gefunden, bei der maculo-anästhetischen Form auch Bazillen aber nur in geringer Zahl.

Das von anderer Seite auch beobachtete Schwinden resp. Kleinerwerden der tubera nach Erysipel haben wir einige Male schön beobachten können.

In Bezug auf die Infektion gaben 2 Patienten an, dass sie durchs Tragen von Strümpfen, resp. Kleidern lepröser Patienten infiziert worden sind. 2 Patientinnen glauben sich als Wäscherinnen infiziert zu haben.

Wenn die Resultate meiner Arbeit wesentlich in trockenen Zahlendaten bestehen, so bitte ich zu berücksichtigen, dass ich als im praktischen Leben stehender Arzt fern von den wissenschaftlichen Hülfsmitteln und Anregungen der Universität gearbeitet habe. Es kam mir wesentlich darauf an mir selbst Rechenschaft über meine 10-jährige Tätigkeit als Anstaltsarzt abzulegen und das ganze Material einmal wieder Revue passieren zu lassen, und zugleich dabei dem Verwaltungsrat der Gesellschaft zur Bekämpfung der Lepra in Livland, für die liebenswürdige Unterstützung meiner Tätigkeit als Anstaltsarzt meinen tiefgefühlten Dank auszusprechen.

Wenden, d. 26. August 1906.

Bücheranzeigen und Besprechungen.

Vorlesungen für Schiffsärzte der Handelsmarine über Schiffshygiene, Schiffs- und Tropenkrankheiten von Medizinalrat Dr. B. Nocht, Leiter des hamburgschen Medizinalamtes, Chefarzt des Seemannskrankenhauses und des Institutes für Schiffs- und Tropenkrankheiten in Hamburg. Mit 34 Abbildungen und 3 Tafeln. Leipzig 1906. Verlag von Georg Thieme.

Das Buch ist aus Vorlesungen entstanden, die Nocht als Leiter des Institutes für Schiffs- und Tropenkrankheiten in Hamburg gehalten hat. Es ist ja verständlich, dass bei dem komplizierten Bau eines modernen Passagierschiffes es für den Schiffsarzt einer ganz speziellen Ausbildung bedarf, da es schwer ist sich an das Leben an Bord zu gewöhnen und die hygienischen Verhältnisse richtig zu beurteilen. Die grosse Erfahrung, die Verfasser sich auf seinen Reisen gesammelt hat, geben ihm die Möglichkeit, besonders genau und ausführlich die Tropenkrankheiten zu behandeln, so dass man bei der Lektüre dieses Buches sich ein vorzügliches Bild von denselben machen kann. Allerdings werden hier Krankheiten beschrieben, die einer, der nicht in den Tropen gewesen ist, nie gesehen und vielleicht kaum von ihnen gehört hat. Trotz alledem ist das Buch im höchsten Grade interessant, und Aerzten, die auch nicht die Absicht haben auf die Marine zu gehen, die sich aber über Schiffs- und Tropenkrankheiten orientieren wollen, auf das beste zu empfehlen.

Fr. Mühlen.

F. Dörbeck: Geschichte der Pestepidemien in Russland von der Gründung des Reiches bis auf die Gegenwart, nach den Quellen bearbeitet. Heft XVIII. der Abhandlungen zur Geschichte der Medizin, herausg. v. Hugo Magnus. Breslau. 1906. J. U. Kerns Verlag, 8°, 220 Seiten.

Die russische Ausgabe dieses Werkes ist bereits in Nr. 32 (1905) dieser Zeitschr. besprochen worden unter Hinweis auf das Wünschenswerte einer Uebersetzung. Es würde daher genügen auf das Erscheinen der Letzteren aufmerksam zu machen; jedoch darf nicht unerwähnt bleiben, dass Verfasser sein Werk nicht nur ins Deutsche übertragen, sondern auch teilweise umgearbeitet hat. Einerseits sind die wörtlichen Citate aus alten Urkunden und offiziellen Dokumenten, welche mehr ein lokales Interesse haben, in Fortfall gekommen; andererseits aber ist die Geschichte der Pestepidemien in Russland für die letzten 4 Jahre hinzugefügt worden. Das Werk wird seinen Platz in den Fachbibliotheken des Auslandes mit Ehren behaupten und sicherlich auch zahlreichen Privatsammlungen einverleibt werden. Verfasser würde sich unstreitig ein weiteres Verdienst um das von ihm so gründlich bearbeitete Gebiet erwerben, wenn er sich dazu entschliessen könnte, noch ein kartographisches Ergänzungsheft zu seinem Werke zu veröffentlichen.

A. W.

Max David (Berlin): Grundriss der orthopädischen Chirurgie für praktische Aerzte und Studierende. II. Auflage. Berlin 1906, Verlag von S. Karger. Grs. 8°, 240 S. mit 184 Abbildungen.

Obschon orthopädische Manipulationen schon zu alter Zeit bekannt waren, so ist die Orthopädie eine selbständige wissenschaftliche Disziplin doch erst in letzterer Zeit geworden, nachdem sie den ganzen unnützen Ballast von folterähnlichen Redressionsapparaten der früheren über Bord geworfen hat. Da sich nun in neuerer Zeit in der Orthopädie das Bestreben geltend macht, die weniger komplizierten Körperdeformitäten mit möglichst einfachen Mitteln zu verhüten und zu behandeln, so ist es auch dem praktischen Arzt möglich geworden, seinen Patienten auf diesem Gebiete der Medizin, das bisher fast ausschliesslich den Spezialisten vorbehalten war, eine fachgemässe orthopädische Behandlung angedeihen zu lassen. Von dieser Erwägung ausgehend, hat der Verf. vor 6 Jahren die erste Auflage seines Grundrisses der orthop. Chirurgie veröffentlicht; das Buch hat einem tatsächlichen Bedürfnis entsprochen und daher eine freundliche Aufnahme gefunden. Die nun vorliegende II. Auflage, in welcher alle Fortschritte der Orthopädie seit dem Erscheinen der ersten Auflage verwertet, fast alle Kapitel umgearbeitet und einige, wie die über Coxa vara und Metatarsus varus neu zugefügt sind, kann als ein den Anforderungen des Studierenden und des praktischen Arztes richtig angepasster Leitfaden der Orthopädie auf einen noch grösseren Erfolg rechnen.

Druck und die Ausstattung mit zahlreichen in den Text eingefügten Illustrationen sind durchaus befriedigend.

Bernhoff.

Der moralische Schwachsinn. Allgemeinverständlich dargestellt für Juristen, Aerzte, Militärärzte und Lehrer von Dr. Schaefer, Oberarzt a. D. d. Irrenanstalt Friedrichsberg in Hamburg. Halle a. S. Verlag von Carl Marhold. 1906.

Verf. vertritt die Ansicht, dass der Schwachsinn, «endemisch in der ganzen Menschheit herrscht, und zwar in viel grösserem Grade, als man allgemein glaubt». Trotzdem er schon seit Jahren für diese Ansicht einsteht, so hat sie in Deutschland doch nur wenige Anhänger gefunden. Von welch weittragender Bedeutung wäre es, wenn in massgebenden Kreisen diese Ueberzeugung sich Bahn brechen würde, wie viele schwere Strafen würden den mit Schwachsinn Behafteten erspart bleiben, wenn nur die Diagnose richtig gestellt würde. An vielen interessanten Beispielen erörtert Verf. diese wichtige Frage. — Da das Buch allgemeinverständlich geschrieben ist, so wird die Lektüre desselben auch Nicht-Medizinern von grossem Interesse sein.

Fr. Mühlen.

Tagesnachrichten.

Personalia.

— Der ordentliche Professor der speziellen Pathologie und Therapie an der Dorpater Universität, Staatsrat Dr. Karl Dehio, ist nach Ausdienung der 25-jährigen Dienstfrist im Lehrfach des Ministeriums der Volksaufklärung vom Minister auf weitere fünf Jahre in diesem Amte bestätigt worden, gerechnet vom 13. Juni 1906.

— Der Senior der medizinischen Fakultät, Prof. ord. für pathologische Anatomie an der Universität Heidelberg Dr. Julius Arnold tritt zu Beginn des Sommersemesters in den Ruhestand. Zu seinem Nachfolger ist der Ordinarius für das gleiche Fach in Zürich, Prof. Dr. Paul Ernst, früher Privatdozent in Heidelberg, berufen worden und hat den Ruf angenommen.

— Der Professor der Psychiatrie und Nervenheilkunde an der militär-medizinischen Akademie, Dr. W. Bechterew, ist zum Ehrenmitgliede der Charkower Universität gewählt worden.

— Der Direktor der Wilnaschen Bezirksheilanstalt für Geisteskranke, wirkl. Staatsrat Dr. W. Chardin ist seiner Bitte gemäss krankheitshalber verabschiedet worden.

— Der stellv. Medizinalinspektor des Turgaigebiets Dr. Polubinski ist in diesem Amte bestätigt worden.

— Zum zweiten Arzt an der Estländischen Landesirrenanstalt Seewald bei Reval ist Dr. Adolph Friedenthal aus Riga gewählt worden und hat sein Amt in den letzten Tagen des Dezembers angetreten.

— Die ausserordentlichen Professoren des St. Petersburger weiblichen medizinischen Instituts: Dr. Kadjan (auf dem

Lehrstuhl der chirurgischen Hospitalklinik) und Dr. Werchowski (auf dem Lehrstuhl der Laryngologie, Rhinologie und Otiatrie) sind zu ordentlichen Professoren des Instituts ernannt worden, unter Belassung des ersteren von ihnen in seiner bisherigen Stellung als Gehülfe des Direktors des Instituts.

— Ordensverleihungen. Der St. Stanislausorden I. Klasse — dem Professor der Hygiene an der Universität Kasan Dr. M. Kapustin und dem Konsultanten für Nervenkrankheiten am St. Olgahospital in St. Petersburg Dr. Keldysch. Der St. Wladimirorden III. Klasse — dem Direktor und Oberarzt des St. Petersb. Nikolai-Kinderhospitals Dr. Nikolai Wjashlinski und dem Direktor und Oberakkoucher der Moskauer Entbindungsanstalt Dr. S. Cholmogorow.

— Befördert: Zu wirklichen Staatsräten — der Konsultant der St. Petersb. Entbindungsanstalt, Dr. Knoch und der Oberarzt des St. Olgahospitals in Moskau, Dr. Alexandrow.

— Zum Leiter der bakteriologischen Abteilung des Deutschen Reichsgesundheitskomitees in Berlin ist der Greifswalder Professor Dr. Uhlenhut ernannt worden.

— Der freipraktizierende Arzt Dr. Eugen Stender ist zum ausseretatmässigen Polizeiarzt in Subbath (Kurland) mit den Rechten des Staatsdienstes ernannt worden.

Nekrologe.

— Verstorben sind: 1) Am 9. Januar zu Riga Dr. Paul Wittschewsky im nahezu vollendeten 48. Lebensjahre. Der Hingeschiedene war in Riga geboren und erzogen und bezog im Jahre 1880 die Dorpater Universität, an welcher er aufangs Jura, dann mit Unterbrechung bis 1889 Medizin studierte. Nach Erlangung des Arztgrades praktizierte er kurze Zeit in seiner Vaterstadt und im Sommer 1890 im Badeorte Baldohn, war dann sukzessive Arzt im Flecken Sheludok (Gouv. Wilna), Kolyschki (Gouv. Witebsk), kurze Zeit in St. Petersburg, zuletzt in Lodz. 2) Am 27. Dezember a. pr. der frühere Militär-Medizinalinspektor des Irkutskischen Militärbezirks Geheimrat Dr. Alexander Rubez, im 70. Lebensjahre. Die ärztliche Tätigkeit hat der Verstorbene fast 47 Jahre hindurch ausgeübt. 3) In Moskau am 27. Dezember a. pr. Dr. Peter Scheremetewski im Alter von 66 Jahren. Der Verstorbene, welcher seit 1862 praktizierte, war früher Militärarzt, dann freipraktizierender Arzt in Plozk. 4) Im Dezember in Moskau der jüngere Arzt der Alexander-Militärschule Dr. Bronislaw Baranowski im 50. Lebensjahre nach 25-jähriger ärztlicher Tätigkeit. 5) In Graz der frühere Privatdozent für chirurgische Instrumenten- und Verbandlehre an der dortigen Universität, Dr. Rudolf Quass, im 66. Lebensjahre.

Von Universitäten und med. Instituten.

— In der militär-medizinischen Akademie sind am 8. Januar in allen Kursen der Vorlesungen und praktischen Beschäftigungen wieder aufgenommen worden.

— In der militär-medizinischen Akademie droht ein neuer Konflikt zwischen Studierenden und ihren Vorgesetzten auszubrechen. Bisher genossen die Studenten der Akademie in Erkrankungsfällen nicht nur unentgeltliche ärztliche Behandlung, sondern hatten auch das Recht auf unentgeltlichen Bezug der Arzneien aus der Apotheke des klinischen Militärhospitals. Neuerdings wird aber wie die «Russ» mitteilt, ohne Angabe der Gründe von Studenten Zahlung für die Arzneien erhoben, und zwar eine noch höhere als in den Privatapotheken.

— Der vor kurzem verstorbene Dr. G. Schorstein hat der Universität Oxford und einem Londoner Hospital 11,000 Pfd. Sterling (gegen 110,000 Rbl.) testamentarisch vermacht.

— Der bekannte Ophthalmologe, Prof. ord. der Augenheilkunde und Direktor der Augenklinik an der Universität Königsberg, Dr. Hermann Kuhnt, hat den Ruf in gleicher Eigenschaft an die Universität Bonn als Nachfolger von Prof. Dr. Theodor Saemisch angenommen und wird mit Beginn des Sommersemesters 1907 an die rheinische Hochschule übersiedeln.

— Als Nachfolger des verst. Professors O. Vierordt in der Leitung der Kinderklinik «Luisenheilanstalt» in Heidelberg ist der Privatdozent Dr. E. Feer aus Basel berufen worden. Es wird für ihn zugleich ein Extraordinat für Kinderheilkunde errichtet worden.

Standesangelegenheiten.

— Die Erhöhung der ärztlichen Honorare in der Privatpraxis dürfte wohl in allen Kulturländern eine Notwendigkeit geworden sein, wenn man in Betracht zieht, dass alle Lebensbedürfnisse in letzter Zeit bedeutend teurer und die Anforderungen an die Lebensführung wesentlich höher geworden sind. Im Publikum scheint man den Bestrebungen der Aerzte, ihre Leistungen höher zu bewerten, auch nicht unsympathisch gegenüberzustehen, da man weiss, dass der Arzt doch standesgemäss leben, sich sorgfältig kleiden und für Bücher und Instrumente nicht geringe Aufwendungen machen muss, und dass die Kosten für alle diese Dinge erheblich gestiegen sind. Die ersten Schritte in dieser Angelegenheit haben zu Ende des verflossenen Jahres die Berliner Aerzte gemacht. In einer Sitzung am 18. Dezember a. pr., an der Vertreter von 34 Aerztevereinen mit zusammen 2647 Mitgliedern teilnahmen, wurde einstimmig beschlossen, dass die Erhöhung der ärztlichen Honorare in der Privatpraxis, und zwar in gleicher Weise für Einzel- wie Pauschelhonorierung (Hausarzthonorare) vom 1. Januar 1907 ab eintreten solle. Neuerdings haben die Preiserhöhungen aller Lebensmittel und Bedarfsartikel auch im Schosse der Wiener Aerztekammer zu dem Entschlusse geführt, durch eine 50-prozentige Erhöhung der Ansätze des 1897 eingeführten Minimaltarifs der Aerzteschaft Wiens die Möglichkeit zu bieten, den so verteuerten Lebensbedingungen Rechnung tragen zu können.

Bei uns aber ist trotz der ebenso empfindlichen Preisumwälzungen auf allen Gebieten des täglichen Lebensbedarfes bis jetzt in dieser Beziehung noch nichts geschehen, wenigstens ist diese Angelegenheit in unserer Tagespresse, so weit uns bekannt, noch kaum berührt worden.

— Die Polizeiärzte waren aus irgend welchem Grunde bei den vorigjährigen Wahlen zur Reichsduma nicht in die Wahllisten von St. Petersburg aufgenommen. Jetzt hat der Senat ihr Recht zur Teilnahme an den Wahlen anerkannt. (R. Wr.)

— Der Oeselsche Kreis hat zum Wahlmann für die Reichsduma den Arensburgschen Stadtarzt Dr. R. Meywald aufgestellt.

— In der vorigen Woche ist der Arzt Joh. Kirschenthal in Frauenburg (Kurland) für die Dauer des Kriegszustandes aus den Baltischen Gouvernements ausgewiesen worden. Wie die «Latwija» berichtet, hat sich Dr. Kirschenthal nach Berlin begeben.

— Der Landschaftsarzt Smirnow in Radomysl (Gouv. Kiew) ist für gefährliche Agitation unter der bäuerlichen Bevölkerung von der Kiewer Gerichtspalate zu einjähriger Festungshaft verurteilt worden.

— Das in Tiflis erscheinende armenische Blatt «Erkir» ist unterdrückt, die Redaktion versiegelt und der Redakteur Dr. med. Muradjan (Muradow) verhaftet worden.

— Ausgewiesen sind auf administrativem Wege: aus dem Gouvernement St. Petersburg die Aerztin E. Orlowa und aus dem Jaltaschen Kreise Dr. A. Mentschinski und die Aerztin B. Kossowitsch.

— Aerztliche Vakanzen. Aerzte, die zu keiner politischen Partei gehören oder die nicht mehr links, als die Friedlichen Erneuerer stehen, werden gesucht. Die Cholmsche Kreislandschaft im Gouvernement Pleskau veröffentlicht eine mit der Unterschrift des Mitglieds des Landschaftsamts A. Ssaposhnikow versehene Bekanntmachung, in der es heisst: «Drei Aerzte christlichen Bekenntnisses, die zu keiner politischen Partei gehören oder nicht weiter links, als die Friedlichen Erneuerer stehen, werden gesucht». Diese Bekanntmachung ist sämtlichen medizinischen Fakultäten des Reichs und der militär-medizinischen Akademie zugesandt worden.

Vereins- und Kongressnachrichten.

— In der Sitzung des Vereins St. Petersburger Aerzte vom 9. Januar a. c. wurden gewählt: zum Vorsitzenden Dr. E. Blessig, zum Vizepräsident Dr. W. Fick, zum geschäftsführenden Sekretär Dr. A. Ucke und zum wissenschaftlichen Sekretär Dr. O. Moritz.

— Der VI. allrussische Chirurgenkongress, welcher am 28., 29. und 30. Dezember in Moskau tagte, war von mehr als 100 Aerzten besucht. Zum Präsidenten wurde der Odessaer Professor Dr. Ssapjeschko und zum Vizepräsidenten Dr. Hagentorn gewählt. Der nächste Kongress wird zu Anfang Dezember 1907 stattfinden.

— Die Astrachansche Gesellschaft der Aerzte hat in ihrer Jahresversammlung zum Präses — Dr. M. Kulikow, zu Sekretären — die DDr. J. Deminski und N. Klodnicki und zum Bibliothekar Dr. Jordanski gewählt. Die Gesellschaft hat im verflossenen Jahr 24 Sitzungen abgehalten.

Verschiedene Mitteilungen.

— Eine Physiko-therapeutische Anstalt hat Dr. Matthias Hirschberg, früher Arzt am rigaschen städtischen Leprosorium, in Riga eröffnet. Besonderes Gewicht ist in dieser Anstalt auf die modernen Errungenschaften der Elektrizität im Dienste der Medizin gelegt worden.

— Tuberkulose-Bekämpfung. Um die Mittel zur Bekämpfung der Tuberkulose zu beschaffen, hat die holländische Regierung auf einen praktischen Vorschlag des Amsterdamer Vereins zur Bekämpfung der Tuberkulose hin besondere Wohltätigkeitsbriefmarken im Werte von 1, 3 und 5 Cents in den Verkehr gebracht, die für den doppelten Betrag ihres Frankierwertes verkauft werden. Der Ueberschuss wird zur Bekämpfung der Tuberkulose verwandt. Bis jetzt sind bereits für 56,000 Gulden solcher Marken verkauft worden.

— Ueber das Antituberkuloseserum Marmoreks hat Prof. Charles Monod in der Pariser Akademie der Medizin einen Vortrag gehalten, in dem er einen Ueberblick über die mit diesem Serum gewonnenen Erfahrungen gab. Monod zitierte die betreffenden Arbeiten über dieses Serum von Hoffa Sonnenburg und van Hüllen in Deutschland, Lewin in Schweden, Ullmann in Oesterreich, Habershon in England und andere mehr und konstatierte, dass nach den bisherigen Versuchen nur 39 ungünstige, dagegen 590 günstige Beobachtungen vorlägen. Ungeachtet der ablehnenden Haltung der Akademie der Medizin diesem Serum gegenüber, halte er ebenso wie Prof. Hoffa daran fest, dass dem Antituberkuloseserum Marmoreks der ihm gebührende Platz im Kampfe gegen die Tuberkulose nicht mehr verweigert werden könne. — Ebenso günstig spricht sich der ärztliche Leiter des Znaimer Krankenhauses Dr. Em. Ullmann in der «Zeitschrift für Tuberkulose» (X. Bd., II. Heft) über Marmoreks Antituberkuloseserum aus. Er berichtet über 28 schwere Fälle von Tuberkulose (Lungen-, Gelenk- und Knochentuberkulose), welche mit diesem Serum behandelt und geheilt worden sind und schliesst mit den Worten. «In jedem, auch dem kleinsten Krankenhause lässt sich die Methode Marmoreks mit grösstem Erfolge und mit geringsten Kosten durchführen. Die Resultate des Antituberkuloseserums sind derartige, dass dessen allgemeine Anwendung geradezu ein Gebot der Humanität geworden ist».

Bf.

— Die Gesamtzahl der Kranken in den Zivilhospitälern St. Petersburgs betrug am 30. Dez. d. J. 11546 (53 mehr als in der Vorwoche), darunter 882 Typhus — (12 wen.), 1074 Syphilis — (87 wen.), 436 Scharlach — (3 wen.), 247 Diphtherie — (26 wen.), 132 Masern — (12 mehr), und 14 Pockenkranke — (1 wen. als in der Vorw.).

— Die Gesamtzahl der Sterbefälle in St. Petersburg betrug in der Woche vom 24. bis zum 30. Dez. d. J. im ganzen 1008 (591 M., 417 W.), darunter an folgenden Krankheiten:

Typhus exanth. 0, Typhus abdom. 28, Febris recurrens 0, Typhus ohne Bestimmung der Form 0, Pocken 1, Masern 33, Scharlach 31, Diphtherie 27, Croup 0, Keuchhusten 9, Croupöse Lungenentzündung 36, Erysipelas 5, Grippe 15, Katarrhalische Lungenentzündung 107, Ruhr 0, Epidemische Meningitis 0, Akuter Gelenkrheumatismus 1, Parotitis epidemica 0, Rotzkrankheit 0, Anthrax 0, Hydrophobie 0, Puerperalfieber 1, Pyämie und Septicaemie 21, Tuberkulose der Lungen 141, Tuberkulose anderer Organe 22, Alkoholismus und Dilirium tremens 18, Lebensschwäche und Atrophia infantum 62, Marasmus senilis 35, Krankheiten des Verdauungskanals 111, Totgeborene 42.

✦ Nächste Sitzung des Vereins St. Petersb. Aerzte: Dienstag, d. 23. Jan. 1907.

✦ Nächste Sitzung des Deutschen ärztlichen Vereins: Montag, d. 12. Febr. 1907.



SANATOGEN BAUER

bewirkt Ansatz von Eiweiss und Phosphor, Erhöhung der Oxydations-Energie, Anregung des Stoffwechsels und ist daher das wirksamste Kräftigungsmittel. Den Herren Ärzten stehen auf Wunsch Proben und Literatur zu Diensten.

Bitten ergebenst um Verwechslungen mit minderwertigen Nachahmungen zu vermeiden ausdrücklich **„Sanatogen der Firma Bauer & Cie.“** zu verschreiben. Generalvertretung von Sanatogen, St. Petersburg, Gr. Stallhofstrasse (Konjuschennaja), 29.

Statt Eisen! Statt Leberthran!

HAEMATOGEN HOMMEL

alkohol- und ätherfrei.

Frei von **Borsäure, Salicylsäure** oder **irgendwelchen** sonstigen antibakteriellen Zusätzen, enthält ausser dem völlig reinen Haemoglobin noch sämtliche Salze des frischen Blutes, **insbesondere auch die wichtigen Phosphorsalze (Natrium, Kalium und Lecithin)** sowie die nicht minder bedeutenden Eiweissstoffe des Serums in konzentrierter, gereinigter und **unzersetzter** Form. Als **blutbildendes, organeisenhaltiges, diätetisches Kräftigungsmittel für Kinder und Erwachsene** bei Schwächezuständen **irgendwelcher** Art von höchstem Werte.

Kann als diätetisches, die tägliche Nahrung ergänzendes Mittel jahraus, jahrein ohne Unterbrechung genommen werden. Da es ein natürliches organisches Produkt ist, treten **niemals** irgendwelche Störungen auf, **insbesondere nicht** der bei längerem Gebrauche von **künstlichen** Eisenpräparaten **unvermeidliche Orgasmus.**

Mit unserem neuesten, auch im Geschmack bedeutend verbesserten **Haematogen Hommel** können wir den Herren Aerzten ein ideales, völlig reines unbegrenzt haltbares Haemoglobin-Präparat an Hand geben. Um Unterschiebung von Nachahmungen zu vermeiden, bitten wir stets **Haematogen HOMMEL** zu ordinieren.

Tages-Dosen: Säuglinge 1—2 Teelöffel mit der Milch gemischt (Trinktemperatur!) **grössere Kinder** 1—3 Kinderlöffel (rein!!) **Erwachsene** 1—2 Esslöffel täglich **vor** dem Essen, **wegen seiner eigentümlich stark appetitanregenden Wirkung.**

Versuchsquanta **stellen wir den Herren Aerzten** gerne frei und **kostenlos zur Verfügung.**

Nicolay & Co. — St. Petersburg, Smolenskaja 33; Zürich; Hanau a/Main; London, EC.



Spezifikum gegen

Impotentia virilis

sichere Wirkung für Frauen bei

Mangel sexueller Libida

MUIRACITHIN

ist aus den wirksamsten Bestandteilen des Lignum **Muira** Puama und Lecithin hergestellt und haben erste Autoritäten geradezu epochemachende Erfolge **bei Erkrankung d. Zentralnervensystems u. bei Schwinden der Potentia coecundi** erzielt.

Neueste Literatur:

Bericht aus der königlichen Universitätspoliklinik für innere Krankheiten zu Berlin, Direktor Geheimer Medizinalrat Prof. Dr. Senator: «Ein Beitrag zur Wirkung des Muiracithin» von Dr. **Popper-Igls** Berl. klin. Wochenschr. Nr. 24, 1906.

Dr. **Leopold Steinsberg**, Franzensbad: «Zur Behandlung der Impotenz als Teilerscheinung der Sexualneurasthenie». Therapia Nr. 3, 1906.

Dr. **Wright**, Sanitätsdistriktsarzt London: «Ein Beitrag zur Behandlung der Impotenz». Zeitschrift für Urologie, 1906.

Dr. **Peim**, Berlin: «Ueber das Muiracithin, ein Mittel zur Bekämpfung der Männerschwäche».

Prof. **Luigi Maramaldi**: «Das Muiracithin bei der Behandlung der sexuellen Impotenz». Giorn. intern. delle science Mediche Nr. 15, 1905.

Prof. Dr. **Nevinny**, Innsbruck, und Dr. **Robert L. Braun**: «Ueber die Verwendung des Muiracithin zur Bekämpfung der funktionellen Impotenz». Medizin. chirurg. Zentralblatt, Wien Nr. 11, 1905.

Dr. med. **I. Waitz**, Faculté de Médecine Paris: «Impotentia virilis und ihre Behandlung mit Muiracithin». Journal de Médecine, Paris Nr. 44, 1905.

Dr. med. **S. W. Kolomoizeff**, Kasan, (1. Ordinator des Kasan'schen Militär-Hospitals): «Zur Behandlung der sexuellen Schwäche». Praktitscheski Wratsch, Nr. 4, 2. Dez. 1906.

Versuchsproben und Separatabdrücke zu Diensten, den Herren Aerzten Rabat. (105) 15—5.

Kontor chemischer Präparate, St. Petersburg. Newski Prosp. 28, Haus Singer Nr. 6.

Adressen von Krankenpflegerinnen:

Frl. **Pauline Winkel,** Конногвардейскій переулокъ 4, кв. 2.

Herausgeber Dr. Rudolf Wanach. Buchdruckerei v. A. Wienecke Katharinenhofer Pr. № 15.

XXXII. JAHRGANG. ST. PETERSBURGER Neue Folge XXIV. Jahrg.

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Redaktion von

Prof. Dr. Karl Dehio. Dorpat.

Dr. Johannes Krannhals. Riga.

Dr. Rudolf Wanach. St. Petersburg.

Die „St. Petersburger Medicinische Wochenschrift" erscheint jeden Sonnabend.—Der Abonnementspreis ist in Russland 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr incl. Postzustellung; in den anderen Ländern 20 Mark jährlich, 10 Mark halbjährlich. Der Insertionspreis für die 3mal gespaltene Zeilen in Petit ist 20 Kop. oder 45 Pfen.—Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt. —Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.

☛ Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate ☚ bittet man ausschliesslich an die Buchhandlung von K. L. Ricker in St. Petersburg, Newsky-Prospekt № 14, zu richten. — Manuscripte sowie alle auf die Redaktion bezüglichen Mitteilungen bittet man an den geschäftsführenden Redakteur Dr. R. Wanach in St. Petersburg, Petersb. Seite, Alexandrowski Pr. 6 zu richten. Sprechst. Dienstag, Donnerstag und Sonnabend 5—6.

№ 3 St. Petersburg, den 20. Januar (2. Februar). 1907.

Der Uteruskrebs und seine operative Behandlung *).

Von

Dr. Th. Dobbert.

M. H. Die Frage von der operativen Behandlung des Uteruskrebses ist in den letzten Jahren Gegenstand zahlreicher Abhandlungen und Vorträge, häufiger und erbitterter Diskussionen auf Kongressen und fachgenössischen Versammlungen gewesen, ohne dass dadurch allgemein anerkannte Gesichtspunkte gezeitigt worden wären. Jeder operative Gynaekologie Treibende ist daher darauf angewiesen in vielen Fragen auf diesem Gebiete sich seinen Standpunkt selbst zu bilden, fussend auf eigenen Erfahrungen und aus der Literatur zu entnehmenden tatsächlichen Errungenschaften der pathologisch-anatomischen Forschungen und statistischer Ergebnisse.

Mit der zu riesenhaften Dimensionen angewachsenen Krebsliteratur und verschiedenen technischen Detailfragen will ich Sie m. H. heute nicht belästigen. Ich beabsichtige nur Ihnen den Standpunkt welchen wir in der Frage von der operativen Behandlung des Uteruskrebses einnehmen, in den Hauptzügen zu skizzieren und diejenigen Momente zu praezisieren, welche dabei für uns massgebend gewesen sind — es Ihrem Urteil überlassend zu entscheiden, ob wir berechtigt sind einen solchen Standpunkt einzunehmen oder nicht.

Unser Material aus der gynaekologischen Abteilung des Alexandra-Stifts stammend, umfasst 53 operativ behandelte Fälle von Cervix- resp. Portiokarzinom. Auf einen grossen Mangel unserer Statistik will ich gleich von vorne herein aufmerksam machen, nämlich die ungenügend lange Beobachtungsdauer. Nach allgemein anerkannten Prinzipien wird eine Beobachtungsdauer von wenigstens 5 Jahren verlangt um von einer Heilung sprechen zu dürfen. Von solchen Dauerheilungen kann ich Ihnen noch nicht berichten, sondern nur von in kürzerer oder längerer Zeit nach der Operation aufgetretenen Rezidiven. Wie Sie sehen werden, geben diese Zahlen immerhin so wertvolle Hinweise, dass ich es wohl wagen darf auf Grund derselben über dieses Thema zu sprechen.

Ein in der Cervix oder der Vaginalportion sich entwickelndes Karzinom verbreitet sich bekanntlich sowohl per continuitatem längs dem Bindegewebe als auch diskontinuierlich durch die Lymphgefässe und endlich in Kombination dieser beiden Möglichkeiten. Und zwar findet eine solche Disseminierung schon in verhältnismässig frühen Stadien der Krebsentwickelung statt. So wies Winter nach, dass in klinisch nachweisbar freien Parametrien bis 20% karzinomatöse Drüsen angetroffen werden, bei bereits erkrankten Parametrien in 50%. Die sehr mühsamen Untersuchungen von Kundart in Serienschnitten ergaben, dass in 55% der Fälle von Kollumkarzinom die Parametrien bereits karzinomatöse Herde erkennen liessen; Pankow giebt sogar in 68% aller operierten Fälle, Kermauner und Laméris in 72,7% Erkrankung wenigstens eines Parametrium an. Brunet welcher die eben angeführten Untersuchungsergebnisse aus der Wertheim'schen, Krönig'schen und Rosthorn'schen Klinik zusammenstellt und denselben noch diejenigen aus der Mackenrodt'schen Klinik hinzufügt kommt zu folgendem lehrreichen Resultat: Von den 251 operierten Fällen war nur in 132 das Karzinom auf den Uterus beschränkt. Es hatte die Neubildung also schon in etwa der Hälfte der Fälle die Grenzen des Uterus überschritten und in 1/6 der Fälle war eine radikale Heilung durch die Operation nicht mehr möglich. Fasst man alle radikal operablen Fälle zusammen — die Hälfte der Frauen welche wegen Uteruskarzinom die 4 Operateure aufgesucht haben — so lehrt das Mikroskop in einwandfreier Weise, dass in 60% Parametrien und Lymphdrüsen sekundär karzinomatös sind. In 42% aller operablen Fälle war auch die Scheide sekundär ergriffen.

*) Vortrag, gehalten im Verein St. Petersburger Aerzte den 14. Nov. 1906.

Diese Tatsachen, welche die Bösartigkeit des Karzinoms in so grellem Lichte erscheinen lassen sind aber Ergebnisse von Forschungen der Neuzeit. Vor 100 Jahren, in welche Zeit die ersten schüchternen Versuche fallen die bösartige Neubildung operativ anzugreifen, wusste man davon noch nichts und begnügte sich daher auch mit einer Amputation des erkrankten Mutterhalses.

Obgleich dieses auch noch in späteren Jahren geübte Verfahren unzweifelhafte Fälle von Dauerheilungen aufzuweisen hatte, konnten die mit demselben erzielten Resultate doch nicht befriedigen und machen sich daher in der Mitte des vorigen Jahrhunderts verschiedentlich Bestrebungen geltend durch Entfernung des ganzen Organs eine radikale Heilung herbeizuführen.

Nach vorübergehenden Versuchen Freund's in den 70. Jahren des vorigen Jahrhunderts diesen Zweck auf abdominalem Wege zu erreichen, wurde von Czerny der vaginale Weg betreten und damit eine Operation geschaffen, welcher es bestimmt war im Triumphzuge durch alle kultivierten Länder zu ziehen. Steht die Czerny'sche Totalexstirpation des karzinomatösen Uterus heute auch nicht mehr in ihrer früheren unantastbaren Würde und Souverenität da, so zählt sie auch heute noch viele begeisterte Anhänger welche ihr huldigen und Opfer darbringen.

Wodurch sind, fragen wir uns, die grossen Erfolge dieser Operation zu erklären? 1) Durch die mit Vervollkommnung der Technik geringer werdende primäre Mortalität (0—7%) und 2) den im Vergleich mit der Portioamputation sehr bedeutenden Prozentsatz an Heilungen (durchschnittlich 30%).

Im Beginne meiner ärztlichen Tätigkeit hatte ich viel Gelegenheit die Uterusexstirpation bei Krebs ausführen zu sehen — war doch v. Dombrowsky einer der ersten welcher diese Operationsmethode hier einführte und in ausgiebiger Weise anwandte.

Diejenigen dieser Fälle welche ich später verfolgen konnte sowie auch diejenigen welche ich in der Folge selbst zu operieren Gelegenheit hatte, wiesen auch nicht annähernd eine gleich günstige Heilungsziffer auf. Ich kann Ihnen leider keine Zahlen anführen, kann aber von den von mir operierten Fällen mit Sicherheit behaupten, dass die Pat. welche ich später verfolgen konnte alle, mit einer Ausnahme, nach kürzerer oder längerer Zeit mit einem Rezidiv behaftet waren.

Eine erschreckende Tatsache, welche um so deprimierender wirken musste, seit ich die Operation successive auf immer weniger und weniger vorgeschrittene Karzinome beschränkte.

Von ungefähr denselben Gesichtspunkten aus, also nur bei klinisch nachweisbar freien Parametrien wurde in den Jahren 1899—1903 incl. diese Operation auch im Alexandra-Stift ausgeführt. Wie vorsichtig wir in der Wahl der Fälle waren geht schon daraus hervor, dass in 4 von 14 Fällen die Diagnose Karzinom nur mit Hülfe des Mikroskop gestellt werden konnte. Von den 14 operierten Pat. starb eine am 13. Tage nach der Operation unter Erscheinungen einer Embolie. Von 13 liegen Notizen über ihr späteres Befinden vor. Bei 9 derselben finden wir ein Rezidiv verzeichnet, dessen Auftreten zwischen 3 Monaten und 3 Jahren schwankt; bei 4 finden wir die Bemerkung, dass sie zur Zeit der Kontrolluntersuchung rezidivfrei waren. (1:5 Jahre, 1:3½ Jahre; 1:3¼ Jahre; 1:2¾ Jahre; 1:1 Jahr) d. h. c. 30% rezidivfreie Fälle zur Zeit der Untersuchung. Nur von einem Falle könnte von Heilung die Rede sein, doch hat sich Pat. zum letzten Male 1905 vorgestellt und über ihr weiteres Befinden sind keine Nachrichten vorhanden. Von den 4 oben angeführten Karzinomen im ersten Beginne sind nur 2 rezidivfrei geblieben.

Sie werden verstehen m. H., dass die Statistik des Alexandra-Stifts meine „pessimistischen" Anschauungen über die Heilbarkeit des Krebses durch die Czerny'sche vaginale Uterusexstirpation nicht zu ändern imstande war. Denn wenn bei Operationen des Krebses im Frühstadium schon so viele Rezidive zu verzeichnen, was ist erst zu erwarten, wenn vorgeschrittenere Fälle auf diesem Wege in Angriff genommen werden. Die Misserfolge lassen sich auch nicht, wie ich anfänglich anzunehmen geneigt war, durch persönliche mangelhafte Technik erklären, denn es haben sich an genannten Operationen 6 verschiedene Operateure beteiligt — ich persönlich nur 3 mal, stets mit negativem Resultat.

Berücksichtigt man dagegen die anatomischen und pathologisch-anatomischen Verhältnisse so drängt sich unwillkürlich die Ueberzeugung auf, dass die Schuld an den vielen Misserfolgen der Operationsmethode zur Last fällt — sie entspricht eben nur in der Minderzahl der Fälle den Anforderungen welche an eine Radikaloperation des Krebses gestellt werden müssen. Bei einem Vorgehen per vaginam nach Czerny lässt sich beim besten Willen und technischem Können nicht viel vom Parametrium entfernen, wenn man nicht die Ureteren mit in die Ligaturen oder Klemmen fassen will.

In der Mehrzahl gelingt es nur den Uterus hart an seiner lateralen Kante aus dem Parametrium auszulösen. Die für die auf diesem Wege exstirpierten uteri charakteristische „Lieutenantstaille" sitzt gerade an der Partie wo es unbedingt nötig ist möglichst viel Parametrium mitzunehmen.

Der viel verbreiteten Ansicht, dass zugleich mit ausgiebiger Ablösung der Blase von der vorderen Cervixwand auch eine Dislokation der Ureteren stattfindet welche es möglich machen soll die Ligaturen im weiteren Abstande von der Uteruskante anzulegen ohne die Ureteren mitzufassen muss ich mit Entschiedenheit entgegentreten. Wir haben bei Praeparation der Ureteren fast stets gefunden, dass der Ureter an seiner Kreuzungsstelle mit der Uterina durch straffe Bindegewebszüge fixiert war, welche eine leicht zu bewerkstelligende Verlagerung desselben lateralwärts vollständig ausschliessen.

Es können demnach bei der Czerny'schen Totalexstirpation gerade diejenigen Teile des Bindegewebes in welchen mit Vorliebe die Propagation des Krebses per continuitatem erfolgt, in welchen die Hauptlymphbahnen welche von der Cervix ziehen verlaufen, überhaupt nicht oder nur mangelhaft in Angriff genommen werden. Es kann daher von dieser Methode auch nur in denjenigen Fällen Heilung erwartet werden, in welchen die Neubildung ausschliesslich auf das erkrankte Organ beschränkt ist — d. h. bei nicht nur klinisch sondern auch in pathologisch-anatomischem Sinne freien Parametrien und Lymphdrüsen — wie wir gesehen haben die Minderzahl der Krebse des Gebärmutterhalses.

Genannte Mängel der vaginalen Uterusexstirpation sucht die Mitte der 90 Jahre des vorigen Jahrhunderts in Vorschlag gebrachte und Ende der 90-iger Jahre besonders von Wertheim weiter ausgebildete abdominale Exstirpation des karzinomatösen Uterus zu beseitigen.

In den Hauptzügen besteht diese Operationsmethode und ihre vielfachen Modifikationen in folgendem: 1) Unterbindung aller die inneren Genitalien versorgenden Gefässe (art. spermatica, uterina, lig. rotundi), 2) Freipraeparierung der Ureteren in ihrem Beckenabschnitte, so dass sie als freibewegliche Stränge leicht bis zur Beckenwand verlagert werden können. 3) Möglichst

ausgiebige Entfernung des jetzt zugänglichen Beckenbindegewebes entweder in Zusammenhang mit den veränderten Lymphdrüsen oder gesondert von letzteren. 4) Entfernung des Uterus mit einem mehr weniger grossen Abschnitt der Vagina.

Im Alexandra-Stift wurde die erste derartige Operation im Herbst 1902, mit als eine der ersten in Petersburg. ausgeführt. Bis zum November 1906 ist diese Operation in 25 Fällen ausgeführt worden. In der Mehrzahl der Fälle wurde von uns ein Verfahren angewandt welches eine Kombination der von Wertheim, Krönig und Bumm vorgeschlagenen Methoden darstellt. Von den bis zum Jahre 1906 operierten Pat. liegen von 11 Notizen über ihr späteres Befinden vor. Bei 4 derselben ist ein Rezidiv aufgetreten, die übrigen 7 sind zwischen 1 und 4 Jahren rezidivfrei. (1 : 4 Jahre; 2 : $2^1/_2$ Jahre; 1 : $2^1/_4$ Jahre; 1 : 2 Jahre; 2 : 1 Jahre), = 63,6%.

Eine Prozentberechnung bei so kleinen Zahlen ist im Grunde genommen nicht zulässig; ich führe dieselbe auch nur an um durch Zahlen auszudrücken um wie viel günstiger das Schicksal der abdominal operierten den vaginalen gegenüber ausfällt, obgleich wir es bei ersteren entschieden mit weiter vorgeschrittenen Fällen zu tun hatten. Veränderte Lymphdrüsen in wechselnder Anzahl wurden in 12 Fällen angetroffen und entfernt. Nur in 1 Falle konnte in denselben krebsige Degeneration nachgewiesen werden (nicht Serienschnittuntersuchungen).

Doch auch die Schattenseiten will ich Ihnen m. H. nicht vorenthalten. Von den 25 Operierten sind 3 im Anschluss an die Operation gestorben; 2 an septischer Peritonitis, 1 an Sepsis ausgehend von einer Aspirationspneumonie. Ich setze voraus, dass wir diese pathologisch-anatomische Diagnose mehr dem Wohlwollen des Prosektors als seiner wissenschaftlichen Ueberzeugung zu verdanken haben. Bemerkenswert ist, dass es gerade in diesen 3 Fällen während der Operation versehentlich noch vor Anlegung der Wertheim'schen Knieklemmen, welche das Karzinom von dem restierenden Scheidenteil isolieren sollen um eine Desinfektion dieses Scheidenabschnittes vor Eröffnung der Scheide zu ermöglichen, gekommen war, mithin die Infektionsquelle nicht weit zu suchen ist.

Der postoperative Verlauf war in vielen Fällen ein fieberhafter, obgleich wir auch Fälle mit idealer Temperatur und Pulskurve zu verzeichnen haben. Verhältnismässig häufig erlebten wir Bauchdeckeneiterungen (9 mal). Die häufigsten und gefährlishsten Komplikationen haben wir aber von Seiten der Harnorgane zu verzeichnen gehabt. Fast durchweg waren die Pat. verhältnismässig spät erst im Stande spontan zu urinieren; in vielen Fällen musste 2, 3, 4 und mehr Wochen katheterisiert werden. In einer ganzen Reihe von Fällen konnte trotz spontanen Urinierens die Blase nicht vollständig entleert werden, so dass der Residualharn per Katheter herausbefördert werden musste.

Neben den zahlreichen hieraus resultierenden Cystitiden sind es aber die Fistelbildungen und damit einhergehende Erkrankungen des Nierenbeckens welche uns die meisten Sorgen machten. Einmal stellte sich unfreiwilliger Harnabfluss ein, sistierte aber in der Folge spontan ohne dass festgestellt werden konnte ob Blase oder Ureter den Harn geliefert hatte. 1 Mal bildete sich eine kleine Blasenfistel aus, welche sich spontan schloss, nach der Entlassung der Pat. aber wieder zu fliessen anfing, so dass eine Blasennaht erforderlich wurde. 4 Mal kam es zu Bildung einer Ureterfistel mit sich daran schliessenden pyelitischen Erscheinungen. Die Fistel trat 3 Mal am 12.—13. Tage, 1 mal sogar erst am 17. post operationem auf. Bei einer dieser Pat. bildete sich schon bald ein Rezidiv aus, an welchem sie zu Grunde ging.

Bei der zweiten wurde nach vergeblichem Versuche den Ureter in die Blase zu implantieren die Nierenexstirpation (Dr. Fick) mit gutem Erfolge ausgeführt. Die beiden anderen Pat. haben verhältnismässig wenig unter der Fistelbildung zu leiden, die eine von ihnen hat ausserdem schon ein Rezidiv, so dass ein Beseitigen der Fistel nicht unbedingt indiziert erscheint.

Die das Zustandekommen einer Ureterfistel bei abdominaler Uterusexstirpation nach Wertheim begünstigenden Momente, die Diagnose und Therapie dieses Leidens sind von Dr. Hein an der Hand des Materials des Alexandra-Stifts in einer Abhandlung hinlänglich beleuchtet worden und bedürfen daher keiner eingehenderen Besprechung.

War von Hause aus zu erwarten gewesen, dass ein so eingreifendes Verfahren, wie es die Wertheim'sche abdominale Uterusexstirpation darstellt, eine grössere primäre Mortalitätsziffer als die vaginale Exstirpation liefern würde, dass Komplikationen im Wundverlauf häufiger zu erwarten wären, so enttäuschten uns doch in hohem Maasse die verhältnissmässig früh und in nicht unbeträchtlicher Anzahl auftretenden Rezidive. Es wollte uns scheinen, dass die Schwere des Eingriffes nicht im richtigen Verhältnisse zu seiner Leistungsfähigkeit stehe. Wir gingen daher im Jahre 1905 und 1906 für die Karzinome der Vaginalportion wieder zur vaginalen Methode über, wählten aber das Schuchardt-Schauta'sche Verfahren. Schien uns doch die durch den „paravaginalen Hilfsschnitt", welcher bis zum os coccygis geführt wird, zu erzielende bedeutende Zugänglichkeit des Operationsgebietes und die Praeparation der Ureteren Verhältnisse zu schaffen, welche denjenigen der abdominalen Operation nur wenig nachstanden.

12 Mal wurde diese Operation ausgeführt, allerdings nicht immer mit Präparation der Ureteren. Alle Pat. konnten geheilt entlassen werden. Der Wundverlauf war in 5 Fällen durch Vereiterung des paravaginalen Schnittes kompliziert. In 1 Falle trat am 18. Tage eine Ureterfistel auf, welche nach Entlassung der Pat. sich spontan schloss. In einem zweiten Falle etablierte sich nach Entlassung der Pat. eine Ureterfistel wohl als Folgeerscheinung eines auftretenden Rezidives. Frei von Rezidiv blieben bis jetzt nur 3 Pat. = 25 pCt. Zu bemerken ist, dass dieser Operation nicht nur Fälle mit freien Parametrien unterworfen wurden, sondern auch solche mit leichter Infiltration der Umgebung besonders der lig. sacro-uterina, desgleichen auch solche in welchen der Krebs zum Teil schon auf die Scheide übergegangen war. Von den 3 bis jetzt rezidivfreien Fällen war in zweien das Parametrium klinisch nachweisbar frei, im dritten nur das linke lig. sacro-uterinum verkürzt.

Zweifellos kann nach der Schuchardt-Schauta'schen Methode mehr Parametrium entfernt werden als nach der Czerny'schen. Da aber auch bei diesem Verfahren die Ligatur der uterina nur median, nicht lateral vom Ureter vorgenommen werden kann, kann auch nicht eine genügende Mobilisierung des Ureters erzielt werden welche nötig ist um genügend Parametrium entfernen zu können. Eine Inangriffnahme veränderter Lymphdrüsen ist auf diesem Wege mehr weniger ausgeschlossen.

Das dürften auch die Gründe sein weshalb wir mit dieser Methode ein solches Fiasco erlitten haben.

Sie sehen, m. H. wir haben uns redlich Mühe gegeben dem Feinde entgegenzutreten und die Spitze zu bieten, doch wohin wir uns auch wandten, überall starrte uns eine ganze Phalanx von Rezidiven entge-

gen. **Am aussichtsvollsten scheint es auch nach unseren Erfahrungen zu sein in der Richtung des abdominalen Weges weiter vorzudringen.**

Einem Vorwurf welcher mir vielleicht gemacht werden könnte, möchte ich an dieser Stelle schon entgegentreten, nämlich, dass unsere Resultate der vaginalen Totalexstirpation mit denjenigen der abdominalen sich nicht vergleichen lassen, weil die nach der vaginalen Methode operierten Fälle zeitlich weiter zurückliegen als die abdominalen, mithin auch die nach letzterer Methode operierten Fälle noch nicht Zeit gehabt haben zu rezidivieren.

Entschieden m. H. lassen sich eigentlich die Resultate beider Operationen nicht vergleichen, aber nicht aus oben angeführtem Grunde, sondern deshalb, weil vaginal nur beginnende — abdominal vorgeschrittenere Fälle operiert worden sind. Dieses die Erfolge der abdominalen Operation bedeutend beeinträchtigende Moment lasse ich aber unberücksichtigt, desgleichen schliesse ich alle im Jahre 1906 operierten Pat. welche bis jetzt noch nicht rezidiviert sind aus. Wenn ich das nicht tun würde, so hätte ich nicht 63,6%, sondern 76% ohne Rezidiv anführen müssen. Hinfällig wird dieser Einwand auch wenn man die von uns mit der Schuchardt'schen Methode erzielten Resultate berücksichtigt. Bei diesem Verfahren handelt es sich doch durchweg um Fälle welche erst 1 resp. 1½ Jahre nach der Operation hinter sich haben und doch nur in 25% rezidivfrei geblieben sind. Ausserdem tritt ja das Gros der Rezidive bekanntlich im Laufe des 1 Jahres nach der Operation auf.

Unsere Erfahrungen entsprechen auch den in der Literatur verzeichneten Dauerheilungen mehr oder weniger. Aus einer vergleichenden Statistik der Wiener Operateure welche an einem ziemlich gleichwertigen Material arbeiten, geht hervor, dass Chroback 4,6, Schauta 3,1% Dauerheilungen hat, Wertheim dagegen 11%. Und das bei Einbeziehung der für die abdominale Operation so viel höheren Operationssterblichkeit. Werden nur die Ueberlebenden berücksichtigt, so ergiebt sich, dass Wertheim 5 mal so viel Frauen dauernd vom Krebs befreit hat wie Chroback und 6 mal so viel wie Schauta.

Ich für meine Person kann wenigstens nur sagen, dass ich erst seitdem ich die abdominale Exstirpation übe zu hoffen anfange Pat. dauernd heilen zu können. Ich habe bis jetzt allerdings nur die Möglichkeit einige Jahre von ihren Leiden befreite Pat. zu sehen, Pat. welche von sehr kompetenter Seite als inoperabel zurückgewiesen worden waren und welche jetzt 2 Jahre 9 Monate und 2 Jahre 7 M. sich der besten Gesundheit erfreuen.

Ich habe aber auch die Ueberzeugung gewonnen, dass auch der erweiterten abdominalen Uterusexstirpation Grenzen gezogen sind, dass sie nur dann wirklich gute Dauerheilungen wird verschaffen können, wenn nicht zu weit vorgeschrittene Fälle dem Eingriff unterworfen werden. Ich halte daher auch dafür, dass wir nicht bestrebt sein müssen durch stetige Erweiterung der abdominalen Radikaloperation die Operabilitätsziffer der Krebsfälle zu vergrössern. Ein längs dem Beckenbindegewebe resp. den Lymphdrüsen schon weit vorgeschrittenes Karzinom werden wir selbst durch die radikalsten Operationen, wie sie von einigen kühnen Operateuren ausgeführt werden, nicht heilen können — Operationen nach welchen im Becken ausser den grossen Gefässen nur ein ein — oder sogar doppelseitig resezierter und in den Blasenrest implantierter Ureter nachbleiben.

Wir müssen vielmehr wie es Winter in so überzeugender Weise dargetan hat darnach streben die Karzinome so früh wie möglich zur Operation zu bekommen. Nur wenn dieses Problem gelöst sein wird, werden wir hoffen dürfen diese Geissel des Frauengeschlechtes auszurotten.

An Sie, geehrte Herrn Kollegen, ergeht daher die Bitte: machen Sie in Ihrer Eigenschaft als Hausärzte oder ärztliche Berater die Frauen auf die Symptome des Krebses in seinen Initialstadien aufmerksam, halten Sie dieselben an, unregelmässige Blutungen nicht einem beginnenden Klimakterium in die Schuhe zu schieben sondern ernst zu nehmen und sich einer fachmännischen Untersuchung zu unterwerfen. Nur Aufklärung und Belehrung der Frauen und inniges Hand in Hand gehen des ganzen medizinischen Personals kann hier Wandlung schaffen.

Gegen ein Leiden wie den Krebs muss radikal vorgegangen werden, darüber sind wir uns wohl alle einig; wir können es aber auf Grund unserer heutigen anatomischen und pathologisch-anatomischen Kenntnisse, wie ich nachzuweisen gesucht habe, nur vermittelst der erweiterten Methode der abdominalen Uterusexstirpation. Aus diesem Grunde sind auch abdominale Operationen ohne Freilegung der Ureteren nicht statthaft — sie bedeuten einen Rück- nicht Fortschritt. 2 derartig im Alexandra-Stift 1901 operierte Pat. gingen bald an einem Rezidiv zu Grunde.

Die grosse primäre Mortalitätsziffer nach der abdominalen Exstirpation, die grosse Anzahl mehr weniger ernster Komplikationen im Wundverlauf, sie werden schwinden wenn wir die Möglichkeit haben werden **beginnende Karzinome** auf diesem Wege zu operieren — es werden dann auch die mit dieser Methode erzielten primären Resultate denjenigen der vaginalen Methode nahe- wenn nicht gleichkommen. Uns aber wird so manche stumme Anklage, so manche in Verzweiflung geäusserte Beschuldigung von Frauen erspart bleiben, welchen wir Heilung durch die Operation versprochen, aber in der Tat nur einen kurz dauernden Aufschub eines qualvollen Endes bereitet haben.

Protokolle des Vereins St. Petersburger Aerzte.

Sitzung vom 19. September 1906.

Vorsitzender: Blessig. Sekretär: O. Moritz.

1. Prof. Petersen berichtet über den 9. Kongress der deutschen dermatologischen Gesellschaft in Bern.

2. Dr. Ucke spricht im Anschluss daran über die Spirochaetenfrage.

Ucke hält es im Anschluss an die Mitteilung des Vorredners für zeitgemäss, sich zur Frage der Spezifität der Spirochaete pallida zu äussern und denjenigen Autoren gegenüber Stellung zu nehmen, die die Spirochaeten für Kunstprodukte erklären, die mit Mikroorganismen nichts gemeinsam haben. Zu diesen Autoren gehört u. a. Omeltschenko, welcher in zwei Aufsätzen im Russki Wratsch den Beweis zu liefern bestrebt ist, dass die vermeintliche Spirochaete pallida von ihm seit vielen Jahren in einer ganzen Reihe von Fällen gesehen worden ist, doch nichts weiter darstellt, wie feinste Bindegewebe- und elastische Fäserchen.

Noch weiter geht Saling im Zentralblatt für Bakteriologie, indem er die nach der Silbermethode dargestellten Spiralen für feinste aus dem Zusammenhange herausgerissene Nervenfasern ansieht; diese Methode wäre ursprünglich für den Nachweis der Nervenfasern angewandt worden, die ungeheure Zahl der darstellbaren Spirochaeten im Gewebe erkläre sich daraus, dass sehr nervenreiche, bereits in Zerfall begriffene Gewebspartien durch unzweckmässige Präparation zu weiterm Zerfall und nachfolgender Schrumpfung geführt

werden. Die beigefügten Photogramme scheinen seine Behauptung überzeugend zu illustrieren.

Die geschworenen Gegner der Sp. pallida ziehen jedoch nicht in Betracht, dass die Spirochaetenfrage keine neue ist und dass es gerade eine Spirochaete war, die als erster Erreger einer Infektionskrankheit erkannt wurde. Nach Saling wäre die Spirochaete Obermeieri wohl auch als von der Gefässwand abgesprengtes Nervenfäserchen anfzufassen, die Eigenbewegung als falsch gedeutete Molekularbewegung?

Da ist es wohl am Platze daran zu erinnern, dass die von Miller zuerst beschriebenen Spirochaeten im Zahnbelag sich in demselben in ungeheuren Quantitäten finden und wohl kaum als abgestossene Nerven- oder Bindegewebsfasern gedeutet werden dürften. Endlich aber ist Redner in der Lage Präparate von Noma vorzustellen, in denen vermittelst der Silbermethode Spirochaeten in ungeheurer Zahl im nekrotisierten Gewebe nachweisbar sind und zwar hauptsächlich in den feinen Gewebslamellen, die die Fettzellen umscheiden: eine derartig ausgiebige Versorgung der Fettzellen mit Nervenfasern gehört jedenfalls auch zu den grössten Unwahrscheinlichkeiten. (Demonstration mikroskopischer Präparate).

(Autoreferat).

Sitzung vom 3. Oktober 1906.

Vorsitz. Blessig. Sekretär: O. Moritz.

1. Fuhrmann: Ueber relative Pylorusstenose des Säugling's. (Erscheint im Jahrbuch für Kinderheilkunde).

Diskussion:

Abelmann: Es ist auffallend, dass in Russland die Pylorusstenose selten zu sein scheint, während sie in anderen Ländern, z. B. in Skandinavien und Deutschland relativ oft beobachtet wurde. A. hat in 18 Jahren im Elisabeth-Kinderhospital keinen Fall echter Pylorusstenose gesehen. Es wäre möglich, dass Racenunterschiede dabei eine Rolle spielen. Jedenfalls muss jedoch zwischen der echten Pylorusstenose und dem Pylorospasmus unterschieden werden. Im eben besprochnen Fall dürfte es sich wohl auch um einen Pylorospasmus gehandelt haben, der von Dr. Fuhrmann durch die richtig gewählte Therapie geheilt wurde. Dafür spricht auch die beobachtete Hyperazidität. Derartige Fälle verlaufen meist gutartig.

Schmidt betont, dass zwischen der echten hyperplastischen Stenose und der spastischen Form streng unterschieden werden müsse. In den Fuhrmann'schen Fall handelt es sich wohl um die letztere, vielleicht rein nervöse Form, umsomehr, als die Mutter des Kindes eine Hysterika ist.

Wanach ist gleich Abelmann das häufige Vorkommen der Pylorusstenose in der ausländischen Literatur, namentlich in der englischen, aufgefallen und auch er vermutet hier Raçeneigentümlichkeiten. W. erkundigt sich ferner nach den Resultaten einer chirurgischen Behandlung des Pylorospasmus bei Säuglingen. Hier sei die Loreta'sche Operation, die bei Erwachsnen kaum je indiziert erscheine, vielleicht am Platz.

Abelmann: Die Operationsresultate sind nicht sehr günstig und zeigen eine recht hohe Mortalitätsziffer, — was darauf zurückzuführen ist, dass eben nur die schwersten Fälle und dazu noch meistens zu spät, dem Chirurgen überliefert würden.

Fick: In der chirurgischen Literatur der letzten Jahre wird die echte Pylorusstenose immer seltener, der Pylorospasmus häufiger. Denn man muss zu der Diagnose der sogenannten echten Pylorushypertrophie eine tatsächliche Bindegewebsvermehrung verlangen, da die makroskopische, oft scheinbare, Dickenzunahme nicht beweisend ist. In der Mehrzahl solcher Fälle handelt es sich um Pylorospasmus. Für die Praxis ist jedoch diese Unterscheidung nicht allzuwichtig, denn auch ein Pylorospasmus kann so hochgradig sein, dass er einen chirurgischen Eingriff nötig macht. Was die Wahl der Operation betrifft, so handelt es sich meist um eine Gastroenterostomie.

Westphalen: Die Fälle echter anatomischer Stenose sind ungemein selten. Ein klinischer Unterschied der beiden Formen existiert nicht. Schon die Analogie mit anderen Sphinkteren des menschlichen Körpers, bei denen wir zwar Spasmus, aber keine organische Stenose kennen, macht es wahrscheinlich, dass wir es beim Pylorus auch nur mit einem Spasmus zu tun haben.

Hörschelmann: Was den operativen Eingriff betrifft, so warnt Heubner durchaus davor. Er ist der Ansicht, dass sich Kinder mit Pylorospasmus trotz beständigen Erbrechen's in einigen Monaten meist von selbst erholen. Er lässt daher auch derartige Säuglinge ruhig weiter saugen, da das Erbrechen schliesslich aufhört.

Fuhrmann: Der Unterschied zwischen Stenose und Spasmus ist für Klinik und Praxis nicht allzu wichtig. Im besprochnen Fall lag übrigens anfangs keine Hyperazidität vor, wie A. meinte; die freie HCl trat erst im Lauf der Behandlung auf. Was die Operation betrifft, so gingen die ersten, chirurgisch behandelten Kinder zu Grunde, was Pfaundler zu dem Ausspruch bewog: «er hoffe, dass dieses Leiden nicht häufig einen Operateur finden möge!» Später jedoch sind die Operationsresultate bessere geworden. Die Operation der Wahl war die Gastroenterostomie. Therapeutisch empfiehlt F. Magenspülungen und sehr kleine Mengen von Nahrung, die dafür oft gereicht wird. Der Heubner'sche Standpunkt ist allzu extrem, da man zuweilen das sehr bedrohliche Leiden doch nicht untätig ansehen dürfe,

Was die Pylorusstenose betrifft, so sind Fälle echter Hypertrophie beschrieben, so z. B. von Landerer. Die Bindegewebsvermehrung kann so hochgradig sein, dass der Pylorus einer Cervix uteri ähnlich sieht.

2. Lingen spricht über Extrauteringravidität.

Diskussion:

Dobbert: Die Inzision vom hinteren Scheidengewölbe darf man prinzipiell nicht der Laparotomie gleichstellen. Bei der Laparotomie entfernen wir eben alles Krankhafte, während bei der Kolpotomie bei bestehender Haematocele pathologisch verändertes Gewebe zurückgelassen wird. Lingen hat ja auch nur die Fälle per colpotomiam operiert, bei denen schon eine Haematocele bestand. Die Eiterung und das Fieber sind daher bei der Colpotomie sehr verständlich.

Küttner: Ausnahmsweise kann doch eine Radikaloperation bei Extrauteringravidität per vaginam ausgeführt werden. So hat K. kürzlich einen Fall unter Umständen operieren müssen, bei denen keine geschulte Assistenz möglich war. Es handelte sich um Gravidität im 2. Monat, die Tube war vor 8 Stunden geplatzt. Küttner eröffnete das Scheidengewölbe und Peritonaeum und umsäumte nach Ott's Vorschlag den Scheidenwundrand mit Peritonaeum. Das Ei konnte mit Leichtigkeit entfernt werden.

Der Fall verlief glatt mit ganz geringfügiger Temperatursteigerung.

Derartige Operationen sollen natürlich nur ausnahmsweise ausgeführt werden, — für gewöhnlich ist die Laparotomie vorzuziehn.

Tagesnachrichten.

Personalia.

— Der Obermedizinalinspektor Geheimrat Dr. W. Anrep ist auf sein Gesuch von seinem Amte enthoben worden. Mit der interimistischen Ausübung der Funktionen des Obermedizinalinspektors ist der Gehülfe des Obermedizinalinspektors wirkl. Staatsrat Dr. L. N. Malinowski betraut worden.

— Dem Konsultanten und Honorarprofessor des klinischen Instituts der Grossfürstin Helene Pawlowna, wirkl. Staatsrat Dr. Petersen ist der Preussische Kronenorden II. Klasse mit dem Stern verliehen worden.

— Am 20. Januar (2. Februar) beging in Freiburg i. Breisgau der etatsmässige ordentliche Professor der Chirurgie, Geh. Hofrat Dr. Arnold Schinziger, in voller geistiger und körperlicher Frische seinen 80. Geburtstag. Der Jubilar ist seit nahezu 57 Jahren als Arzt tätig.

— Professor Dr. Anton Ewald, Extraordinarius an der Berliner Universität und dirigierender Arzt am Augusta-Hospital, ist zum korrespondierenden Mitgliede der Société internationale de la tuberculose in Paris ernannt worden.

— Im Dezember des verflossenen Jahres beging der Ordinator am Evangelischen Krankenhause in Warschau Dr. Franz Neugebauer das 25-jährige Jubiläum seiner ärztlichen Tätigkeit. Der Jubilar hat seine medizinische Ausbildung an der Dorpater Universität erhalten, an welcher er von 1875—80 studierte und i. J. 1881 die Dok-

torwürde erlangte. Seit 1884 ist er in Warschau als vielbeschäftigter Geburtshelfer und Frauenarzt tätig.

— Der Chef des Odessaer Quarantänebezirks, wirkl. Staatsrat Dr. Damaskin, ist zum Inspektor aller ärztlichen Beobachtungsstationen der Nordküste des Schwarzen Meeres ernannt worden.

— Verabschiedet sind auf eigenes Ersuchen: der Gebietsarzt des Kubangebiets, wirkl. Staatsrat Dr. Schanko, der Divisionsarzt wirkl. Staatsrat Dr. Behrmann und der ältere Arzt des Epifanschen Reserve-Infanterieregiments, Staatsrat Dr. Ebermann, — alle drei mit Uniform und Pension.

— Der Professor der Augenheilkunde und Direktor der Universitäts-Augenklinik in Kiel, Geh. Medizinalrat Dr. Karl Völckers, giebt am 1. April d. J. wegen vorgerückten Alters seine Lehrtätigkeit auf und soll durch Prof. Dr. Otto Schirmer, Direktor der Augenklinik der Universität Greifswald, ersetzt werden.

Nekrologe.

— Verstorben sind: 1) Am 15. Januar in Luga Dr. Johann Gottlieb Höppener, Ordinator am Marien-Magdalenen-Hospital in St Petersburg, im 50. Lebensjahre an Tuberkulose. Der Hingeschiedene war als praktischer Arzt seit 1884 tätig. 2) In Lublin der frühere Divisionsarzt Dr. Joseph Talko im 69. Lebensjahre nach 45-jähriger ärztlicher Tätigkeit. 3) Am 4. Januar in Ssabuntschi bei Baku der Arzt am Hospital der Naphthaproduzenten Dr. Chaim Scheinin im Alter von 34 Jahren. Er wurde im Gebäude der Ambulanz mitten am Tage und in Gegenwart einer grossen Volksmenge ermordet. Der Verstorbene war ein Schüler der Charkower Universität, an welcher er 1897 den Arztgrad erlangte, worauf er seine Studien an der hiesigen militär-medizinischen Akademie fortsetzte. Seine Tätigkeit als praktischer Arzt begann er 1899 im Flecken Ssmoljany (Gouv. Mohilew), siedelte aber bereits 1901 nach Baku über, wo er einen grösseren Wirkungskreis an dem von den Naphthaproduzenten unterhaltenen Hospital fand. Er hat seine Frau mit vier unmündigen Kindern mittellos hinterlassen. 4) Am 10. Januar in St. Petersburg einer der ältesten hiesigen Aerzte, der wirkl. Staatsrat Dr. Michael Pekarski, im Alter von 76 Jahren. Die Venia practicandi hatte er vor nahezu 55 Jahren erlangt. 5) In St. Petersburg der Oberarzt des 145. Infanterieregiments Dr. Moses Pumpiansky im 62. Lebensjahre nach 35-jähriger praktischer Tätigkeit. Während des russisch-japanischen Krieges war er als Militärarzt im Fernen Osten. 6) In Berlin einer der bekanntesten Aerzte, der Geh. Sanitätsrat Dr. Eugen Pissin, nach kurzem Krankenlager im 77. Lebensjahre. Der Verstorbene hat sich besonders um die Einführung der Kuhpockenlymphe verdient gemacht. Bereits i. J. 1868 trat er mit aller Entschiedenheit dafür ein, dass man die von Kälbern entnommene Lymphe zur Impfung auf Menschen benutze. Diese animale Lymphe wurde zuerst in der von Dr. Pissin 1865 begründeten und noch jetzt bestehenden Anstalt für animale Vakzination gewonnen und durch sie die von ihm empfohlene Impfmethode zu allseitiger Anerkennung gebracht. Vor 2 Jahren beging der Verstorbene, der auch einer der Gründer der Berliner medizinischen Gesellschaft war, sein 50-jähriges Doktorjubiläum.

Von Universitäten und med. Instituten.

— Wie die «Nordliv. Ztg.» hört, hat die Dorpater medizinische Fakultät den Beschluss gefasst, für das Studium der Medizin das Fachsystem einzuführen. In Dorpat haben innerhalb der medizinischen Fakultät die Vorlesungen bereits wieder begonnen.

— Betreffs der von uns in der vorigen Nummer gemeldeten Besetzung der durch Prof. Saemisch's Rücktritt vakant werdenden Professur für Augenheilkunde in Bonn erfährt die «Münchener med. Wochenschrift» folgendes: «Die med. Fakultät in Bonn hatte die Professoren Hess (Würzburg), Uhthoff (Breslau) und Schirmer (Greifswald) vorgeschlagen. Vom Ministerium wurde Uhthoff berufen, doch kam man seinen Wünschen so wenig entgegen, dass er ablehnte. Danach wurde der Fakultät mitgeteilt, dass der Minister die Absicht habe, Prof. Kuhnt (Königsberg) die Stelle zu verleihen. Die Fakultät sprach sich einstimmig gegen diese Absicht aus und bat, Hess oder Schirmer zu berufen. Nach einiger Zeit erfuhr man in Bonn aus den politischen Zeitungen, dass zum Professor und Direktor der Augenklinik in Bonn Prof. Kuhnt ernannt sei». Der Briefschreiber knüpft daran eine malitiöse Vermutung über die offenbare Wiederherstellung der für diese Dinge im preussischen Kultusministerium massgebenden Persönlichkeit.

— Der estnischen Zeitung «Päewaleht» zufolge, beabsichtigen die Revalschen Aerzte Masing, Lüüs, Ackel, Kurrikoff und Soonets in Reval eine Privatklinik einzurichten.

Standesangelegenheiten.

— Zur Frage der Bezeichnung als «Spezialist» hat der ärztliche Ehrengerichtshof für das Königreich Sachsen ein bemerkenswertes Urteil gefällt, in dessen Begründung u. a. Folgendes gesagt ist: «Seiner Vorbildung nach kann dem Beschuldigten nur die Befugnis zugestanden werden, sich als Spezialist für Stoffwechsel- oder für Magen- und Darmkrankheiten zu bezeichnen, und dies auch nur mit Rücksicht darauf, dass er bereits seit 12 Jahren vorwiegend auf diesen Gebieten praktisch tätig ist. Der Umstand, dass bei Magen- und Darmerkrankungen häufig auch andere (benachbarte) Eingeweide, insbesondere Herz und Nieren, in Mitleidenschaft gezogen sind, gibt noch kein Recht, sich als Spezialist auch für diese zu bezeichnen, wenn eine genügende Vorbildung nur für Magen- und Darmkrankheiten vorliegt. Ueberhaupt ist aber dem Ehrenrate darin beizupflichten, dass ein Arzt nicht gleichzeitig Spezialist für Herz-, Nieren-, Magen- und Darmkrankheiten sein kann, selbst wenn für jedes der angeführten Gebiete eine genügende Vorbildung anzuerkennen wäre, da sich der betreffende Arzt bei dem ständigen Fortschreiten der wissenschaftlichen Einzelforschung nicht auf so vielen Gebieten gleichzeitig in einer Weise sachgemäss ausbilden kann, wie es von einem Spezialisten verlangt werden muss».

— Als Wahlmannkandidaten für die Reichsduma sind in verschiedenen Gegenden des Reiches vielfach Aerzte aufgestellt worden, so z. B. Pernau von der dortigen Ortsgruppe der Baltischen Konstitutionellen Partei der örtliche Arzt Dr. Oskar Koppe; in Reval von den vereinigten estnischen Kadetten und Radikalen — der estnische Arzt Dr. Masing; in Dorpat von der Estnischen Fortschrittspartei (alias Tonnisson'schen Partei) die estnischen Aerzte Dr. H. Koppel und Dr. Schulzenberg; in Wenden von den lettischen Wählern — Dr. Plath; in Dünaburg seitens der Polen — Dr. Noischewski, Direktor der dortigen Augenklinik, und seitens der jüdischen Partei — Dr. Silbermann; in Petersburg von der Partei der Volksfreiheit der Fabrikarzt Dr. D. P. Nikolski. — Dr. P. Hellat, der ständig in Petersburg lebt und bekanntlich von radikaler Seite als Duma-Deputierter in Aussicht genommen war, ist bei den Gemeindedelegierten-Wahlen in Kuikatz (Livland) gewählt worden, die Wahl ist aber von der Dorpater Kreis-Wahlkommission, wie die «Nordl. Ztg.» erfährt, kassiert worden, weil Dr. Hellat nicht in der Gemeinde gelebt und nicht selbst das ihm gehörige Bauergesinde bewirtschaftet hat, was auf Grund einer Entscheidung des Senats als unerlässliche Voraussetzung für die Wählbarkeit gefordert wird.

— In Tiflis, wo terroristische Morde an der Tagesordnung sind, wurde am 15. Januar mitten am Tage der dortige populäre Politiker und Arzt Dr. N. Chudadow durch einen Revolverschuss — vermutlich aus Parteirache — tödlich verwundet. Die Mörder entkamen.

— Im Zusammenhange mit der Aufdeckung vieler in den Krankenräumen der Moskauer Polizeihäuser herrschenden Missstände hat der Moskauer Stadthauptmann den Oberarzt der Stadtpolizei Dr. W. Florinski aufgefordert, um seinen Abschied einzukommen.

— Der Landschaftsarzt in Alexandrowskaja Pustyna Konstantin Liwanow ist vom Moskauer Gerichtshof wegen politischer Umtriebe zu einem Jahr Festungshaft verurteilt worden.

— Ausgewiesen sind auf administrativem Wege: aus dem Woronesh'schen Gouvernement der Landschaftsarzt und Landschaftsdeputierte K. J. Chruschtschow und aus dem Jaltaschen Kreise der Landschaftsarzt A. Artemow.

— Im Borsna'schen Kreise des Tschernigow'schen Gouvernements sind im verflossenen Jahre von der Administration wegen politischer Beteiligung ihrer Stellungen enthoben: 6 Aerzte, 4 Feldscher und 4 Hebammen. Die meisten von ihnen sind auch aus den Grenzen des Gouvernements ausgewiesen worden.

Vereins- und Kongressnachrichten.

— Die Russische Gesellschaft für normale und pathologische Psychologie veranstaltet in nächster Zeit, wie dem «R. Wratsch» mitgeteilt wird, im hiesigen Pirogow-Museum eine Reihe öffentlicher Vorlesungen. Die Vorträge haben u. a. übernommen der Akademiker Fürst Tarchanow, die Professoren Tschish (Dorpat) und N. E. Wedenski, sowie zahlreiche Dozenten der mil.-medizinischen Akademie.

— Der 28. Kongress der deutschen Balneologischen Gesellschaft wird unter dem Vorsitz von Prof. Dr. Liebreich vom 7.—11. März in Berlin tagen. Mit ihm ist eine Ausstellung von medizinischen Apparaten und Präparaten verbunden. Ueber alle den Kongress betreffenden Angelegenheiten gibt Auskunft der Generalsekretär der Balneologischen Gesellschaft, Geh. Sanitätsrat Dr. Brock, Berlin NW. 52.

Verschiedene Mitteilungen.

— Die unter der Redaktion von Dr. A. Losinski im Verlage von Ettinger hierselbst herausgegebene russische Monatsschrift «Therapia» hat mit dem Schluss des vorigen Jahres zu erscheinen aufgehört.

— Der Rigasche Verein für schnelle ärztliche Hülfe, kann bereits auf eine dreijährige Wirksamkeit zurückblicken. Die letzten schweren Zeiten haben zur Evidenz bewiesen, wie nötig es war, in Riga eine Rettungsstation zu errichten. Wie wir den Rigaschen Blättern entnehmen, ist die Hülfe der Station in steigender Progression in Anspruch genommen worden, nämlich im Jahre 1904 — 593 mal; 1905 — 1090 mal (für 853 Unfälle und 237 Transporte); 1906 — 1117 mal (für 730 Unfälle und 387 Transporte).

— Meningitis cerebrospinalis. In Belfast (England) ist die Genickstarre ausgebrochen und die Krankheit nimmt einen bedrohlichen Umfang an. Bisher sind schon 72 Fälle, von denen 12 tödlich verliefen, zur Kenntnis der Behörde gebracht. Auch in Glasgow tritt sie seuchenhaft auf. Von 103 Fällen im Januar sind 47 tödlich verlaufen. 50 Prozent der Fälle haben Kinder unter 5 Jahren, 30 Prozent Kinder unter 10 Jahren betroffen.

Bf.

— Die Gesamtzahl der Kranken in den Zivilhospitälern St. Petersburgs betrug am 31. Dez. d. J. 11498 (48 mehr als in der Vorwoche), darunter 870 Typhus — (12 wen.), 1107 Syphilis — (67 wen.), 428 Scharlach — (8 wen.), 244 Diphtherie — (3 wen.), 122 Masern — (10 wen.), und 15 Pockenkranke — (1 mehr als in der Vorw.).

— Die Gesamtzahl der Sterbefälle in St. Petersburg betrug in der Woche vom 24. bis zum 31. Dez. d. J. im ganzen 218 (128 M., 90 W.), darunter an folgenden Krankheiten:

Typhus exanth. 0, Typhus abdom. 4, Febris recurrens 0, Typhus ohne Bestimmung der Form 0, Pocken 0, Masern 10, Scharlach 8, Diphtherie 6, Croup 0, Keuchhusten 2, Croupöse Lungenentzündung 9, Erysipelas 2, Grippe 4, Katarrhalische Lungenentzündung 25, Ruhr 0, Epidemische Meningitis 0, Akuter Gelenkrheumatismus 0, Parotitis epidemica 0, Rotzkrankheit 0, Anthrax 0, Hydrophobie 0, Puerperalfieber 0, Pyämie und Septicaemie 1, Tuberkulose der Lungen 19, Tuberkulose anderer Organe 6, Alkoholismus und Delirium tremens 1, Lebensschwäche und Atrophia infantum 19, Marasmus senilis 8, Krankheiten des Verdauungskanals 16, Totgeborene 36.

Am 6. Jan. d. J. betrug die Zahl der Kranken 12036 (538 mehr als in der Vorwoche.), darunter 887 Typhus — (17 mehr), 1161 Syphilis — (54 mehr), 439 Scharlach — (11 mehr), 250 Diphtherie — (6 mehr), 148 Masern — (26 mehr) und 13 Pockenkranke (1 wen. als in der Vorw.)

— Die Gesamtzahl der Sterbefälle in St. Petersburg betrug in der Woche vom 31. Dez. bis 6. Jan. d. J. im ganzen 1018 (572 M., 446 W.), darunter an folgenden Krankheiten:

Typh. exanth. 1, Typh. abd. 27, Febris recurrens 1, Typhus ohne Bestimmung der Form 0, Pocken 1, Masern 42, Scharlach 34, Diphtherie 35, Croup 0, Keuchhusten 6, Croupöse Lungenentzündung 51, Erysipelas 2, Grippe 18, Katarrhalische Lungenentzündung 105, Ruhr 1, Epidemische Meningitis 0, Acuter Gelenkrheumatismus 0, Parotitis epidemica 0, Rotzkrankheit 0, Anthrax 0, Hydrophobie 0, Puerperalfieber 0, Pyämie und Septicaemie 15, Tuberculose der Lungen 121, Tuberculose anderer Organe 27, Alkoholismus und Delirium tremens 7, Lebensschwäche und Atrophia infantum 66, Marasmus senilis 38, Krankheiten der Verdauungsorgane 100, Totgeborene 67.

Nächste Sitzung des Vereins St. Petersb. Aerzte: Dienstag, d. 23. Jan. 1907.

Nächste Sitzung des Deutschen ärztlichen Vereins: Montag, d. 12. Febr. 1907.

Herausgeber Dr. Rudolf Wanach. Buchdruckerei v. A. Wienecke Katharinenhofer Pr. № 15.

XXXII. JAHRGANG. ST. PETERSBURGER Neue Folge XXIV. Jahrg.

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Redaktion von

Prof. Dr. Karl Dehio. Dorpat. Dr. Johannes Krannhals. Riga.

Dr. Rudolf Wanach. St. Petersburg.

Die „St. Petersburger Medizinische Wochenschrift" erscheint jeden Sonnabend.—Der Abonnementspreis ist in Russland 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr inkl. Postzustellung; in den anderen Ländern 20 Mark jährlich, 10 Mark halbjährlich. Der Insertionspreis für die 3mal gespaltene Zeilen in Petit ist 20 Kop. oder 45 Pfen.—Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt. —Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.

Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate bittet man ausschliesslich an die Buchhandlung von K. L. Ricker in St. Petersburg, Newsky-Prospekt № 14, zu richten. — Manuskripte sowie alle auf die Redaktion bezüglichen Mitteilungen bittet man an den geschäftsführenden Redakteur Dr. R. Wanach in St. Petersburg, Petersb. Seite, Alexandrowski Pr. 6 zu richten. Sprechst. Dienstag, Donnerstag und Sonnabend 5—6.

№ 4 St. Petersburg, den 27. Januar (9. Februar). 1907.

Ein Fall von Dyskinesia intermittens angiosclerotica brachii.

Von
Dr. Otto Stender (Riga).

Determann und Erb haben neuerdings auf eine Tatsache aufmerksam gemacht, die das klinische Bild der Arteriosklerose zu erweitern geeignet erscheint. Wenngleich das scharf umschriebene Krankheitsbild des intermittierenden Hinkens, der Claudicatio intermittens, in neurologischen Kreisen bereits als allgemein bekannt vorausgesetzt werden dürfte, so haben andererseits die genannten Autoren das unzweifelhafte Verdienst von Neuem nachgewiesen und darauf aufmerksam gemacht zu haben, dass dasselbe Symptomenbild auch an anderen Körperteilen (Arme, Zunge) auftreten kann. Die ersten Beobachtungen dieser Art, die von Nothnagel, Goldflam, Embden etc. herrühren, waren nicht geeignet, dem Krankheitsbilde einen dauernden Platz in der Symptomatologie der Arteriosklerose zu sichern. Heute sind wir einen Schritt weiter gekommen. Denn wenn auch nicht in allen hierher gehörigen Fällen, so müssen wir doch in dem bei Weitem grössten Teil derselben die Arteriosklerose als ursächliches Moment in der Entstehung der intermittierenden Dyskinesie und Dysbasie anschuldigen. Es war gewiss von vornherein anzunehmen, dass dasselbe Bild, das wir an den unteren Extremitäten in einer grossen Reihe von Fällen zu beobachten Gelegenheit gehabt haben, — auch an anderen Körperregionen nicht vermisst werden dürfte, doch die Veröffentlichungen waren soweit spärlich, dass die Beschreibung eines weiteren Falles berechtigt erscheint:

Anna W. 50 a. n. verheiratet, Wäscherin. Mann Alkoholiker. Vier Kinder: ein Sohn 17 a. n. gesund, 1 Mädchen 8 a. n. an Scharlach gestorben, 2 Kinder in frühem Alter an „Krämpfen" zu Grunde gegangen.

Patientin stammt aus einer gesunden Familie und hat früher keine in Betracht kommenden Erkrankungen durchgemacht. Lues negativ.

Seit c. 3 Jahren besteht Kurzatmigkeit, Herzklopfen bei Treppensteigen, in der letzten Zeit auch Schwellung der Beine bis zu den Knieen. Ausserdem klagt Patientin über Schmerzen und „Reissen", das in der rechten Schultergegend beginnt und sich dann zum Halse und Nacken hin erstreckt, Diese Schmerzen treten nur im Anschluss an intensive oder protrahierte Bewegung des rechten Armes auf. Da Patientin Wäscherin ist wird sie dadurch in ihrem Berufe erheblich gestört. Die Schmerzen steigern sich allmählich bis zu solcher Intensität, dass sich Patienten gezwungen sieht die Arbeit zu unterbrechen und den rechten Arm ruhig zu stellen. Nach einer Ruhepause von 20—30 Minuten sind die Schmerzen wieder abgeklungen, sodass Patientin in ihrer Arbeit fortfahren kann. Die weitere Arbeit muss jedoch wiederum nach $^1/_4$—$^1/_2$ Stunde infolge auftretenden „Reissens" unterbrochen werden. Dieser Zustand hat im Laufe der Zeit an Intensität zugenommen. Da Patientin zu arbeiten gezwungen ist hat sie fast täglich diesen Wechsel — Auftreten der Schmerzen bei Bewegung, Schwinden derselben in der Ruhe — an sich beobachten können. Interkurrent sind Paraesthesieen und Kälteempfindungen auch in der Ruhe im rechten Arm von der Patientin beobachtet worden.

Der objektive Befund ergiebt (mit Weglassung alles Unwesentlichen) Folgendes:

Sehr blasse Gesichtsfarbe, zarter Knochenbau, Muskulatur mässig, pann. adip, schwach entwickelt. Lungen ohne pathologische Veränderungen. Kehlkopf normal, keine Rekurrenslähmung. Leber, Milz normal. Abdomen schlaff sonst ohne Besonderheiten. Urin frei; ohne Eiweiss und Zucker.

Das Nervensystem zeigt keinerlei Abnormitäten.

Zirkulationsapparat: Das Herz ist nach links erheblich verbreitert. Der Spitzenstoss ist deutlich hebend im 6. Interkostalraum in der vorderen Axillarlinie zu fühlen. Die rechte Herzgrenze am l. Sternalrand (absolut). Der erste Mitralton dumpf, an Stelle des 2. Tones ein lautes rauschendes diastolisches Geräusch. Letzteres am lautesten über der Aorta: Ausgesprochene Arteriosklerose. Linke Radialis hart, nicht geschlängelt, deutlich fühlbar mit dem typischen Pulse (altus, celer) einer Aorteninsuffizienz. Rechte Radialis schwach fühlbar mit kleinem regelmässigem Pulse.

Die Carotiden pulsieren beiderseits synchron; die Fülle und Spannung ist in beiden Arterien dieselbe; hier ein systolisches Geräusch hörbar. Während die l. Axillaris deutlich den pulsus altus et celer zeigt ist sie rechts kaum fühlbar. Beim Vergleich auf beiden Seiten ist der Unterschied sehr intensiv und in die Augen springend. An den temporales und dorsales ped. deutliche Sklerose, leicht fühlbar.

Keine Zeichen für ein Aneurysma des Aortenbogens. Weder Dämpfung über dem Manubrium sterni noch deutliche Pulsation im Iugulum. Cardarelli nicht vorhanden. Die Röntgenuntersuchung ergiebt keine Anhaltspunkte für ein Aneurysma.

Blutdruck (Gärtner) linke Radialis 140 mm. Hg., rechts 30 mm.

Leichtes Oedem an den Unterschenkeln.

Die weitere Untersuchung des rechten Armes ergiebt in der Ruhe keinen wesentlichen Unterschied vom linken. Die Farbe und Temperatur ist beiderseits gleich und normal; keine Zyanose der rechten Hand. Da Patientin mit dem Dynamometer nicht umzugehen versteht, versuchte ich das Resultat einer intensiveren Bewegung des r. Armes mit Hilfe einer 5-pfündigen Hantel zu erproben. Während Patientin die Hantel mit der l. Hand ohne Schwierigkeiten 20—30 Male nach oben führen konnte — Patientin hat in letzter Zeit wesentlich mehr die l. Hand benutzt, um die r. der Schmerzen wegen zu schonen; infolgedessen ist hier die grobe Kraft eine intensivere — erlahmte die r. Hand bereits nach c. 10 Mal. Der Arm fiel schlaff herunter, die Extremität wurde deutlich kühler, sah blässlich aus, der Puls schwand vollständig. Bei weiterem Zureden und der Aufforderung, den Arm noch einige Mal zu heben, treten die erwähnten Schmerzen in der r. Schulter auf, die dann jede weitere Bewegung unmöglich machten.

Die weiteren Funktionsprüfungen am r. Arm Sensibilität, elektr. Erregbarkeit und Reflexe ergaben ein vollständig normales Resultat.

Nach c. 2-monatlicher Beobachtung war auch in der Ruhe der r. Radialpuls nicht mehr fühlbar.

Aus dem klinischen Befunde ergiebt sich, dass Anhaltspunkte für ein Aneurysma resp. eine deutliche Erweiterung des Anfangsteiles der Aorta keineswegs vorliegen. Wir müssen zur Erklärung des pulsus differens nach anderen Ursachen suchen. Eine besonders hochgradige lokale Arteriosklerose in der r. Art. subclavia würde das Krankheitsbild erklären. Sind wir jedoch berechtigt eine solche vorauszusetzen? Für anderweitige Erkrankungen der Arterie im Sinne einer Embolie resp. eines Traumas liegen keine Anhaltspunkte vor. Im Gegensatz dazu jedoch weist der gesamte klinische Befund auf eine allgemeine hochgradige Arteriosklerose hin. Die Aorteninsuffizienz, die im Mittelpunkte des Krankheitsbildes steht, lässt uns mit der Wahrscheinlichkeit rechnen, auch in der r. Subclavia einen ähnlichen Prozess voraussetzen zu müssen. Wir müssen annehmen, dass gerade hier der Prozess im Sinne einer Arteriitis obliterans einen höheren Grad erreicht hat und damit ein mechanisches Hinderais für die Blutversorgung der r. oberen Extremität darstellt.

Es ist in der Tat ein seltenes und überraschendes Zusammentreffen das Bild der Dyskinesie in aetiologischer Beziehung durch anderweitige Symptome im allgemeinen Krankheitsbilde, die wir erfahrungsgemäss auf den arteriosklerotischen Prozess zurückzuführen gewöhnt sind, erklären zu können. So eindeutige Bilder sind nur selten beobachtet worden. Wenngleich allerdings auch in diesem Falle die Clausel gilt, dass der absolute Beweis für unsere Annahme nur durch die Autopsie erbracht werden kann, so meine ich andererseits doch, dass wir in unseren klinischen Deduktionen soweit zu gehen die Berechtigung haben.

Ueber die Ursachen der Arteriosklerose in diesem Falle zu diskutieren liegt keine Veranlassung vor. Für Lues sind keine Anhaltspunkte vorhanden. Auffallend ist die Tatsache, dass die Dyskinesie an den Armen hauptsächlich bei Weibern vorkommt im Gegensatz zur Claudicatio intermittens, die bis dato fast ausschliesslich beim männlichen Geschlechte beobachtet worden ist. Vielfache Erfahrungen weisen darauf hin, dass diejenigen Gliedmassen vom arteriosklerotischen Prozess in erster Linie ergriffen werden, die während der Lebensdauer des betreffenden Individuums in ausgiebiger und intensiver Weise durch die tägliche Arbeit in Anspruch genommen waren. Gerhard u. A. haben mehrfach darauf hingewiesen. Der Umstand, dass die in Frage kommende Patientin Wäscherin ist, lässt fraglos eine diesbezügliche Deutung zu und ist zu berücksichtigen. Wieviel jedoch ausser der mechanischen Ursache, der lokalen Arteriosklerose, noch angiospastische, krampferregende Momente in Frage kommen, lässt sich zur Zeit nicht entscheiden. Es fällt jedoch auf, wie Determann hervorhebt, dass sowohl Ueberanstrengung als auch „Nervosität" in der Anamnese derartiger Patienten eine Rolle spielen. Auch eine eigenartige bisher noch unklare Wechselwirkung beider Momente kommt sicher vor. Dass die Neurasthenia cordis z. B. in prognostischer Beziehung eine Arteriosklerose der Coronararterien befürchten lässt ist bekannt. Und ebenso ist es verständlich, dass bei bestehender Arteriosklerose ein Plus an nervösen Erregungen, die eine Kontraktion der bereits erregten Gefässe zur Folge haben, auf die lokale Blutversorgung den ungünstigsten Einfluss ausüben müssen. Doch wie die Verhältnisse auch liegen mögen, ob in dem einen Falle das angiospastische im anderen das angiosklerotische Moment oder was ebenso häufig vorkommen dürfte, beide Momente zusammen eine aetiologisch ausschlaggebende Rolle spielen, — die Grundursache des klinischen Krankheitsbildes bleibt stets dasselbe: — Es ist das gestörte Prinzip der Haemodiarrhysis resp. der Umstand, dass ein bestimmtes Körpergebiet in seiner Tätigkeit infolge der Erkrankung des ihm zugehörigen Gefässbezirks nicht dasjenige Quantum Blut zugeführt erhält, das seine Arbeitsleistung verlangt.

Bücheranzeigen und Besprechungen.

Höhenklima und Bergwanderungen in ihrer Wirkung auf den Menschen. Ergebnisse experimenteller Forschungen im Hochgebirge u. Laboratorium. Von Prof. Dr. N. Zuntz, Prof. Dr. A. Loewy, Privatdozent Dr. Franz Müller, Privatdozent Dr. W. Caspari. Deutsches Verlagshaus Bong & Co. 1906. 494 S. nebst 30 Tabellen.

Vor Kurzem berichtete ich in diesem Blatte über ein Buch (von Dr. H. Philippi), welches die Indikationen und Kontraindikationen des Hochgebirges für Phthisiker enthielt. Das vorliegende Werk behandelt das Höhenklima im Allgemeinen in seiner Einwirkung auf den gesunden Menschen, sowie die Physiologie der Bergwanderungen und dürfte für den Arzt und alle diejenigen, die der Lehre vom Leben Interesse entgegenbringen, von hohem Werte sein. Die vier oben genannten Forscher haben in verschiedenen Höhen, zu Brienz (500 m.), auf dem Brienzer Rothorn (2152 m.), dem Monte Rosa (4560 m.) und im Luftballon (bis 5160 m.), die im Laufe mehrerer Jahre (1896—1903) sowohl in der Ruhe als auf dem Marsche gewonnenen Beobachtungen des Stoff- und Gaswechsels, sowie die Einwirkungen auf die Blutbildung, auf die Lungenventilation u. m. a. in diesem umfangreichen und interessanten Werke veröffentlicht. Als Einleitung dient ein historischer Ueberblick über die Kenntnis des Gebirges und die Bergwanderungen; es folgt eine eingehende Besprechung des Höhenklimas, seiner Besonderheiten und Eigentümlichkeiten, seiner Heilwirkungen und Gefahren. Besonders interessant sind die Ergebnisse inbezug auf die Blutbildung. Das Höhenklima besitzt einen ausgesprochenen Einfluss auf dieselbe. Es steigert sie, indem es das Knochenmark in einen Zustand erhöhter Tätigkeit versetzt. Am ausgesprochensten geschieht dies bei jugendlichen Individuen. Der dabei wirksame Faktor ist die Luftverdünnung, bezüglich die mit dieser parallel gehende Sauerstoffverarmung der Luft. Hervorzuheben sind auch die Kapitel über Herztätigkeit und Blutkreislauf, Respiration u. Schweissabsonderung, sowie Körperwärme, die auf den Märschen zu bedeutenden Fiebertemperaturen ansteigt, aber auch im Ruhezustande in grössern Höhen um 0,5—1,7 höher gefunden wurde. Allgemeineres Interesse verdienen die Kapitel über den Sport und die Bergkrankheit. Alles dieses hat nicht nur theoretisches Interesse, sondern auch praktische Bedeutung; so möchte ich die Aufmerksamkeit von Hochgebirgstouristen, deren es ja auch in Aerztekreisen giebt, auf die Kapitel «Bekleidung und hygienische Ausrüstung», sowie «Ernährung des Bergsteigers» lenken. Mit grosser Genauigkeit und Gewissenhaftigkeit haben die Forscher die Beobachtungen und Wägungen, oft unter für sie schwierigen Bedingungen, verzeichnet, und so gewinnen wir aus denselben und den herangezogenen Resultaten anderer Forscher ein übersichtliches Bild vom Wesen des Höhenklimas und dem Einfluss der Bergwanderungen auf den Menschen.

Das Werk ist von der rühmlichst bekannten Firma Bong & Co. reich ausgestattet, auf bestem Papier gedruckt, mit vielen guten Textabbildungen und illustrierten Beilagen, sowie mit einem Anhang versehen, der in Tabellenform (30 Tabellen) die zahlenmässigen Ergebnisse der Untersuchungen uns vor Augen führt.

Brennsohn-Mitau.

F. Voelker: Diagnose der chirurgischen Nierenerkrankungen unter Verwertung der Chromozystoskopie. Mit 50 Abbildungen im Text. 187 p. Wiesbaden. Verl. von J. Bergmann. 1906.

Nach dem Vorgange von Achard und Castaigne, die das Methylenblau benutzten, haben verschiedene Forscher sich mit der Frage befasst, in wie weit Erkrankungen der Nieren resp. einer derselben, Veränderungen bes. Verzögerungen in der Ausscheidung verschiedener Stoffe (bes. Farbstoffe) bewirken und welche Schlüsse sich aus diesem Befunde ziehen lassen. Joseph und Völker haben vor einiger Zeit zu diesem Zweck das Indigkarmin vorgeschlagen. Vorliegende Arbeit giebt die Ergebnisse einer Reihe von Untersuchungen mit Indigkarmin (Carminum coeruleum der Firma Brückner, Lampe u. Co. in Berlin) an Patienten Prof. Czerny's. Von einer 0,4 pCt. Lösung des Indigkarmin in physiolog. Kochsalzlösung werden 20 Cbcm. in die Nates eingespritzt, worauf normaler Weise nach 5—10 Minuten der Farbstoff beginnt im Harne zu erscheinen. Der Harn muss stark konzentriert sein, um deutlich dunkelblau zu erscheinen. In solchen Fällen sieht man die Ausstossung aus den Ureteren direkt im zystoskopischen Bilde, vergleichbar dem Aufsteigen der Rauchwolken aus einem Krater. In zweifelhaften Fällen dient das Verfahren so zur Auffindung der Ureteren. Ueber die Funktionstüchtigkeit der Nieren kann man sich häufig durch einfache zystoskopische Beobachtung ein Bild machen, indem man die Zeitdauer bestimmt, nach welcher nach Injektion des Farbstoffes die ersten Spuren desselben aus den Ureteren resp. einem derselben, ausgeschieden werden und indem man die Farbenintensität des aus beiden Ureteren ausgestossenen Urins vergleicht. Genauere Untersuchungsergebnisse erhält man natürlich bei Katheterisieren beider Ureteren und gleichzeitigen Auffangen der beiderseitigen Urine resp. Separierung der Urine.

Der Hauptwert der Probe liegt in der Feststellung einer event. einseitigen Niereninsuffizienz, die sich in späterem Eintritt der Blaufärbung und geringerer Farbenintensität auf der affizierten Seite verrät. Eine grössere Reihe von Krankengeschichten zeigt, dass die Methode Autor gestattete in allen Fällen vor der Operation und in vivo eine richtige Diagnose zu stellen, Verf. untersuchte Fälle von Nierentuberkulose (13), Nierensteinen, Ureterverschlüssen infolge verschiedener Ursachen, Pyonephrosen, Tumoren, Wandernieren. Bei letzteren empfiehlt er kurz ein im Verein mit Lichtenberg von ihm angewandtes Verfahren, nämlich die Röntgenographie des mit Kollargol angefüllten Nierenbeckens (Pyelographie). Die Arbeit verdient die Beachtung aller Interessenten.

W. Schiele.

M. Meyer: Haarschwund und Glatze, ihre Verhütung und Behandlung. 3.—4. Auflage. Verlag der ärztlichen Rundschau. München.

Obgleich die kleine Schrift nicht gerade viel Neues bietet, so hat sie Dank einer lebendigen Sprache und Dank dem Interesse, dass das Publikum der Frage entgegenbringt, verschiedene Auflagen erlebt. M. beschuldigt als Hauptgrund des zunehmenden männlichen Haarschwundes die durchaus unzweckmässige männliche Kopfbedeckung, die eine beständige lokale Hyperidrose und verstärkte Seborrhoe hervorruft, die als Reaktion eine Entzündung der Kopfhaut verursachen. Der harte Hut hemmt ferner die Blut- und Lymphzirkulation, bewirkt so eine Stauung und Bindegewebsneubildung. Weiterhin kommt als schädlich das Kurzschneiden der Haare in Betracht u. and. — Aenderung der Kopfbedeckung erscheint dem Autor als die wichtigste Forderung, Langtragen der Haare etc., um das Uebel zu verhüten. Die therapeutischen Massnahmen müssen in häufigen Waschungen mit Seife und Wasser, Alkohol etc. bestehen, als Medikamente kommen vorwiegend Schwefel, Benzin, innerlich Arsen und wiederum Schwefel in Betracht. Wir können dem Verf. nur beistimmen.

W. Schiele.

O. Rosenbach: Das Problem der Syphilis und kritische Betrachtungen über ihre Behandlung. Zweite, wesentlich erweiterte, Auflage. Berlin, 1906. Verlag von August Hirschwald.

Es ist wohl kein Spiel des Zufalls, dass in demselben Jahre, in welchem der Erreger der Syphilis greifbare Gestalt angenommen hat, die zweite Auflage des Rosenbach'schen «Problem's der Syphilis» erscheinen musste. Offenbare hielt der Verf. den Zeitpunkt für besonders geeignet seine von den landläufigen weit abweichenden Ansichten nochmals zu unterstreichen. In der Tat scheint es durchaus zeitgemäss in dem Moment, wo die Lehre von der Syphilis in eine neue Phase eintritt, unsere Kenntnisse und Anschauungen inbezug auf Wesen und Therapie einer Revision zu unterziehen und da können solche schroffe Abweichungen von der Lehre der herrschenden Schule gute Dienste leisten. So unterliegt es keinem Zweifel, dass die Diagnose einer einmal stattgehabten Infektion nur gar zu oft unverantwortlich leichtfertig gestellt wird; das Dogma von der Unfehlbarkeit der Heilkraft des Quecksilbers und Jods bei Lues bedarf noch der wissenschaftlichen Nachprüfung auf dem Wege des Experimentes, wie der strikte ätiologische Beweis für alle anatomischen Veränderungen angetreten werden muss, die jetzt der Syphilis zur Last gelegt werden.

Wenn aber Rosenbach die Lues als Infektionskrankheit mit einem lebenden Mikroorganismus als Erreger überhaupt leugnet, sie dagegen aus einer Uebertragung von Serum eines mit pyämischem Blut behafteten entstanden auffasst, so bleibt er uns die Antwort schuldig, wie das pyämische Blut zuerst ohne lebenden Erreger entsteht, und wie dies pyämische Serum, mit kolossaler fermentativer Kraft begabt, jahrzehnte lang sich im Körper erhält und fortpflanzt, um gelegentlich seine Wirkung zu entfalten. Allerdings ist das die Konsequenz des Leugnens der pathologischen Bedeutung der Miktoorganismen überhaupt, doch scheint uns damit nicht viel gewonnen zu sein, wenn wir zur alten Humoralpathologie und Krasenlehre auf rein spekulativer Grundlage zurückkehren.

Ucke.

Aulus Cornelius Celsus über die Arzneiwissenschaft. Uebersetzt und erklärt von Ed. Scheller. II. Aufl. Nach der Textausgabe von Doremberg neu durchgesehen von W. Friebres. Braunschweig, Verlag v. F. Vieweg. 1906.

Der umfangreiche Band enthält 862 Seiten, ein Bildnis des Celsus, 26 Textfiguren und 4 Tafeln. Davon entfallen 458 Seiten auf den Text des Celsus, 20 auf das einleitende Vorwort Schellers, der Rest auf die Erläuterungen zu dem Text. Hierzu kommt noch ein Vorwort von Prof. R. Kobert, auf dessen Veranlassung vorliegende Neubearbeitung unternommen ist. — Der Text des Celsus gliedert sich in 8 Bücher. Die Einleitung bildet eine historische Uebersicht der Medizin, dann geht C. zur allgemeinen Diätetik für Gesunde und Kranke über, behandelt dann die verschiedenen Spezialitäten der inneren Medizin (Pharmakotherapie), um mit der Chirurgie zu schliessen. Ich glaube nicht fehlzugehen mit der Annahme, dass die Mehrzahl der Aerzte wohl kaum eine Ahnung davon hat, auf einer wie hohen Entwicklungsstufe die Medizin bereits bei Griechen und Römern stand. Celsus entwickelt Ansichten über Hydrotherapie, Ernährungshygiene, Luftkuren (Wald-, See-), klimatische Kuren etc. die von modernen Aerzten ohne Weiteres unterschrieben werden können. Er empfiehlt bereits Nährklystiere bei unstillbarem Erbrechen und Entziehung der animalischen Diät und Ersatz derselben durch vegetabilische bei Epilepsie etc. Noch heute leben in der Dermatologie die Bezeichnungen Area und Kerion Celsi fort. Ein Lieblingsgebiet scheint ihm die Otologie zu sein, doch auch in der Ophthalmologie, Geburtshülfe gebietet er über Kenntnisse, giebt er Handgriffe an, die erst wieder in neuerer und neuster Zeit «entdeckt» worden sind, «Auf dem Gebiete der Chirurgie leuchtet der Stern unseres Autors, als echten Hippokratischen Schülers, ganz besonders hell», sagt Prof. Kobert und in der Tat: wer von uns weiss, dass den Alten Herniotomien, Kropfoperationen und selbst die Darmnaht nicht unbekannte Dinge waren, nicht zu erwähnen einer grossen Menge anderer «Errungenschaften der Neuzeit»? Dass wir es heute «so herrlich weit gebracht», ist wohl lange nicht in dem Masse Verdienst des heutigen Geschlechtes, wie es selbst zu glauben scheint; die Ideen, Forschungen und Erfahrungen von Jahrtausenden haben uns die Wege geebnet, die uns gestatten die Früchte zu pflücken. Die Enzyklopädie des Celsus, von der die Abhandlung über die Medizin nur einen Teil bildet, ist unter Tiberius, etwa in den Jahren 25—35 p. C. n. verfasst. Ueber die Person des Autors ist wenig bekannt, ja, es streiten die Gelehrten noch heute darüber, ob er Arzt war oder nicht, wofür letzteres vieles zu sprechen scheint. Das Erscheinen des interessanten Werkes in neuer mustergültiger Uebersetzung und Ausstattung kann nur mit grossem Danke begrüsst werden, denn nicht nur für Aerzte ist das Werk von Bedeutung, sondern es beansprucht ein allgemeines kulturhistorisches Interesse.

W. Schiele.

Auszug aus den Protokollen der Gesellschaft praktischer Aerzte zu Libau.

Sitzung vom 2. März 1906.

1. Michelson demonstriert ein Kind mit einer Hautaffektion, dessen Mutter angeblich luetisch sein solle.

Prissmann hält den Ausschlag nicht für luetisch. Die Differentialdiagnose könne hier nur zwischen einer Dermatitis exfoliativa neonatorum und einem Eczema madidans universale schwanken. Ersteres scheine ihm das wahrscheinlichere. In diesem, wie in den anderen vom Ref. beobachteten einschlägigen Fällen ist die Haut fast des ganzen Körpers glatt, hochrot glänzend, an einzelnen Stellen nässend, vielfach in grösseren Lamellen sich abschälend, wobei das Gesicht meist am stärksten affiziert ist, am Munde finden sich wie im vorliegenden Falle zahlreiche Rhagaden. Die in den ersten Lebenswochen stehenden Kinder machen auf der Höhe der Krankheit einen elenden Eindruck, an die bekannten Bilder der hereditären Lues erinnernd, ohne jedoch auch nur eine der vorschriftsmässigen Luessymptome aufzuweisen. Ob die Syphilis aber nicht ein prädisponierendes Moment für dieses Leiden abgiebt, bleibt noch dahingestellt; nach Ansicht mancher Autoren ist es nicht ganz auszuschliessen. Andere wieder wollen es nur als eine Abart des gewöhnlichen Kinder-Pemphigus betrachtet wissen. Wie letzterer, so wird auch die exfoliative Dermatitis mit der normalen, hier nur exzessiven Epidermisabschilferung in den ersten Lebenswochen in Zusammenhang gebracht. Die Prognose des Leidens ist recht dubiös, da bis 50 pCt. Mortalität beobachtet wird. Bei indifferenter (nicht antiluetischer!) Behandlung tritt bei möglichster Hebung des Allgemeinzustandes in den günstig verlaufenden Fällen volle Heilung ein.

(Autoreferat).

2. Dohrmann stellt eine Patientin mit Lupus erythematodes vor. Der Sitz der Erkrankung ist hauptsächlich die Haut der rechten Wange. Bisher hat keine Therapie zur Ausheilung geführt.

Prissmann rät zur Anwendung von Tinctura jodi mit Chinin (Holländer).

3. Schmähmann stellt ein 11-jähriges Mädchen mit Periostitis und Osteomyelitis syphilitica des linken Vorderarmes vor. Die Rückbildung des Tumors infolge einer spezifischen Behandlung bestätigte die Diagnose.

Auch Grot hält die Annahme, dass es sich um Lues handle für berechtigt. Zu denken wäre noch höchstens an eine Knochenzyste, die ähnliche Bilder machen könne.

Prissmann meint, dass man hier wohl sicher hereditäre Lues annehmen müsse.

4. Michelson hält einen Vortrag über «Verbandplätze in der Schlacht». In einem historischen Rückblick beleuchtet er das Bestreben das Kaliber der Geschosse immer kleiner zu machen, ein Ziel, das uns, von alten Zeiten ganz abgesehen, vom Miniégewehr mit 18 mm., vom Zündnadelgewehr mit 13,6 mm., vom Chassepotgewehr mit 11 mm. auf unser heutiges Kaliber mit 7,6 bei den Russen und sogar auf 6,5 mm. bei den Japanern geführt hat. Wenn auch diese stete Verkleinerung des Geschosskalibers nicht immer von humanen Gesichtspunkten getragen wurde, sondern mehr das Ziel hatte die Treffsicherheit, die grösstmögliche Geschwindigkeit und Durchschlagskraft zu erreichen, so besteht doch der Satz zu Recht, dass je kleiner die Kugel, desto geringer ihre verderbliche Wirkung auf den Körper ist. Dabei muss jedoch die Begeisterung für die «humane» Wirkung der japanischen Kugel (wie das in erster Zeit geschah) eingedämmt werden. Referent hat oft sehr schwere Verletzungen durch diese Kugel gesehen, wenn sie auf geringe Distanz zur Wirkung kam, Verletzungen, wo man auf den ersten Blick an Schrapnellkugeln oder Granatsplitter denkt, so stark ist die explosive und zerstörende Wirkung dieser Kugel in der Nähe, bis c. 300 Schritt. Besonders an dem Epiphysem der Röhrenknochen und auf die wasserreichen Organe (Herz, Gehirn etc.) tritt diese explosive Wirkung des kleinkalibrigen Geschosses in der Nähe stark hervor.

Desto günstiger verlaufen die Verletzungen in der Distanz von 400—2000 Schritt. Da sah man die Verwundeten mit oft mehrfach durchbohrten Weichteilen, auch Knochenschüssen, sogar nach Lungenschüssen auf die Flinte oder einen Kameraden gestützt an den Verbandplatz herankommen. Einen Schmerz hatten die Wenigsten gefühlt, gewöhnlich machte das herabrieselnde Blut sie erst auf ihre Verwundung aufmerksam; ein grosser Teil der Tapferen kehrte nach Anlegung eines Verbandes in die Front zurück.

Schwerer waren natürlich die Eindrücke, die man in den Hospitälern Charbins sammeln konnte. Viele der so anscheinend leichten Lungenverletzungen bekamen später ein Empyem, viele Abdominalverletzungen eitrige peritonitische Exsudate, viele Knochenschüsse zeigten im Röntgenbilde Splitterungen und Zertrümmerungen, wo schliesslich doch zur Amputation (wenn auch selten) geschritten werden musste. Besonders nach der Mukdener Schlacht, wo die Japaner ihre älteren Kupferkugeln verschossen, waren schwere Verletzungen häufiger. Traurige Wirkung auch hat diese japanische Kugel beim Rikochettieren. Da platzt sehr leicht (in erster Zeit ist dieses bestritten worden) der Nickelmantel ab, der Bleikern deformiert gewöhnlich und macht grosse Wunden. Was die Wirkung der Artilleriegeschosse betrifft, so ist diese natürlich eine viel schlimmere, da sie fast nie einen fieber- oder eiterlosen Wundverlauf aufweisen. Leider haben Artillerie-Verwundungen in diesem Kriege ganz bedeutend zugenommen. Während man in früheren Kriegen nur c. 5 pCt. derartige Verletzungen hatte, stieg der Prozentsatz hier auf 25 pCt.—30 pCt. in einigen Schlachten.

Ueber die Wahl des Verband-Platzes ist viel debattiert worden. Referent tritt auch für den Vorschlag ein, denselben c. 1 Werst hinter unseren Batterien, die gewöhnlich 1—2 Werst hinter der Front plaziert sind, zu fixieren. Näher der Feuerlinie würde ihre Tätigkeit keine so nutzbringende sein, die armen Verwundeten würden auch schwerlich einen Platz aufsuchen, auf dem sie nochmals verwundet resp. getödtet werden könnten.

Zum Operieren kommt es auf dem Verband-Platz heutzutage wohl nie. Stärkere Blutungen hat Referent unter c. 1000 Verwundungen nur einmal gesehen. Urethrotomieen und Tracheotomieen sind garnicht gemacht worden, was auch bei

dem ungeheueren Andrang von Verwundeten und in Anbetracht, dass die Verband-Plätze grösstenteils auf freiem Felde aufgeschlagen waren, wohl unmöglich wäre.

Die Aufgabe des Verband-Platzes besteht also vornehmlich

1) in der Abhaltung jeder Infektion durch den Verband. Die individuellen Pakete sind durchaus, trotz ihrer kleinen Mängel (rote Färbung der Marly, schwere Auffindung der Kompresse in ihnen), die sich leicht beseitigen lassen, beizubehalten.

2) Immobilisation bei Gelenk- und Knochenverletzungen, eine der wichtigsten Aufgaben, die viele Ankylosen, Arthrotomieen und Resektionen verhüten kann.

3) Hemmung von Blutungen. Leider sind grössere Blutungen (Arterienschüsse) wohl immer dem Untergange geweiht.

4) Die schwerste Aufgabe des Verbandplatzes in diesem Kriege bestand in der Evakuierung der Verwundeten bei unsern mangelhaften Beförderungsmitteln. Die двуколка wäre höchstens noch auf idealen europäischen Chausseen zu verwenden, in der Mandschurei, wo es keine Kunststrassen, keine Wege, keine Brücken gab, hat dieser Kranken-Wagen den armen Verwundeten unsägliche Qualen bereitet. Am besten schien Referent der вьюгій транспортъ, eine von 2 Mauleseln gehaltene Tragbare mit Verdeck zu sein, der aber leider nur gegen Ende des Krieges häufiger gesehen wurde.

Seine sonstigen Eindrücke auf dem Kriegsschauplatz fasst Referent in folgenden Thesen zusammen:

1) Der Zusammenhang zwischen der Front (Komandeur) und Verband-Platz muss durch Meldereiter resp. Telephon ein viel innigerer werden.

2) Der Train des Verband-Platzes ist viel zu gross.

3) Für die heutigen Schlachten ist die Zahl der Sanitäre und Feldscher zu klein.

4) Das beständige Wechseln der Verbände auf allen Stationen ist unnütz und schädlich.

5) Die Zahl der Tragbahren im Regiment ist zu klein.

6) Es wäre humaner, Schwerverwundete beim Rückzuge oder Flucht nicht mitzuschleppen, sondern sie einem humanen Feinde zu überlassen.

(Autoreferat).

In der lebhaften Diskussion, die sich an den Vortrag anschloss weist zunächst Falck darauf hin, dass die Wirkung der Schimosebombe seiner Erfahrung nach eine ausserordentlich grosse ist. Die Sprengstücke dringen unter die Haut und lösen sie streckenweise ab; die Oeffnungen sehen wie Einrisse aus und führen in Taschen von vielen cm. Tiefe.

Michelson betont, dass die moralische Wirkung der Schimose in der Tat eine sehr grosse ist, dass indessen der faktische Schaden wegen der zu grossen Zersplitterung nur sehr gering ausfalle.

Zoepffel weist darauf hin, dass die Schimose eine gefährliche Spätwirkung ausüben könne, indem auch noch nach Monaten infolge einer Intoxikation durch die Gase schwere allgemeine Neuritiden und Lungengangrän auftreten.

Hinsichtlich der Wirkung der Nahschüsse beobachtete Falck die interessante Tatsache, dass sich die Schussverletzungen in manchen Fällen ganz so wie bei Fernschüssen verhielten und auch keine Verbrennungen aufwiesen.

Nach Michelson widerspricht diese Beobachtung den sonstigen Erfahrungen. Bei der Beurteilung solcher Verletzungen müsse man übrigens im Auge behalten, dass es meist unmöglich sei die Entfernung sicher zu bestimmen. Die furchtbare Sprengwirkung der Flintenkugeln aus einer Entfernung von 100—200 Schritt sei von vielen Chirurgen festgestellt worden.

Falck beruft sich darauf, dass in einzelnen Fällen, bei denen die nahe Entfernung des Schusses sicher konstatiert werden konnte, die Nahwirkung ausgeblieben sei. Er verzichte darauf für diese Ausnahmefälle eine Erklärung geben zu wollen.

v. Grot giebt zu, dass in seltenen Fällen Nahschüsse ohne explosive Wirkungen vorkommen mögen; als Regel sei es aber anzusehen, dass das kleinkalibrige Geschoss aus der Nähe eine Sprengwirkung entfalte. Eine ganz analoge Erfahrung wie im Kriege lasse sich auch auf der Jagd machen.

Leihberg hat (in Port Arthur) ebenso wie Falck in manchen Fällen von Nahschüssen die Sprengwirkung vermisst. Auch er könne keinen Grund dafür angeben.

Dohrmann hat bei den feldgerichtlichen Exekutionen in Preekuln 28 Leichen untersuchen und an ihnen die furchtbare Wirkung der Nahschüsse feststellen können.

Praeses: Prissmann
Sekretär: Ischreyt.

Tagesnachrichten.

Personalia.

— Das älteste Mitglied des preussischen Abgeordnetenhauses Dr. Szuman zu Obornik (Bezirk Posen) feierte am 3. Februar n. St. seinen 85. Geburtstag in voller körperlicher und geistiger Frische.

— Auf eine 25-jährige Tätigkeit als akademischer Lehrer konnte vor kurzem der Professor ord. der inneren Medizin an der Universität Greifswald Dr. Paul Strübing zurückblicken. Prof. Strübing ist Direktor der medizinischen Poliklinik und der Poliklinik für Nasen- und Halskranke bei der Universität.

— Der stellv. Gouvernements-Medizinalinspektor von Nishni-Nowgorod, wirkl. Staatsrat Dr. Jerschow ist auf sein Gesuch krankheitshalber verabschiedet worden.

— Vor kurzem beging die Aerztin Sinaide Jelzina, die am hiesigen städtischen Kalinkinhospital als jüngerer Ordinator fungiert, das 25-jährige Jubiläum ihrer ärztlichen Tätigkeit.

— Für ausgezeichnet eifrigen Dienst und Mühewaltung während der Kriegsaktionen ist den Oberärzten Dr. J. Trussow, von der Irkutsk'schen Junkerschule und Dr. M. Awetsjanz vom 1. ostsibirischen Telegraphen-Bataillon der St. Annenorden II. Klasse verliehen worden.

— Die Royal Medical Association in London hat dem bekannten Professor J. Metschnikow vom Pasteurinstitut in Paris die Copley-Medaille für seine wissenschaftlichen Arbeiten verliehen.

— Der Rigasche Arzt Dr. Harald Laurentz ist als Arzt für innere Krankheiten am chirurgischen Krankenhause des Riga'schen Asyls der Schwestern des Roten Kreuzes mit den Rechten des Staatsdienstes vom 1. November 1906 angestellt worden.

— In diesen Tagen sind hier zwei der hervorragendsten russischen Chemiker, die Professoren D. Mendelejew und N. A. Menschutkin, deren Handbücher der Chemie auch viel von russischen Medizinern benutzt wurden, kurz nacheinander gestorben.

Nekrologe:

— Verstorben sind: 1) Am 21. Januar in St. Petersburg der frühere Korpsarzt, Geheimrat Dr. John Grimm im Alter von nahezu 65 Jahren. Zu Riga als Sohn des dortigen Bürgermeisters Ed. Grimm geboren und erzogen, bezog Grimm 1860 die Landesuniversität in Dorpat, wo er bis 1865 Medizin studierte und der Fraternitas Rigensis angehörte. Nach Erlangung der Doktorwürde i. J. 1866 bekleidete er verschiedene Stellungen in St. Petersburg und war dann Militärarzt, bis er 1881 in bulgarische Dienste trat als Generalinspektor des Sanitätswesen und Leibarzt des Fürsten Alexander von Bulgarien. 1883 kehrte er nach Russland zurück und wurde wieder russischer Militärarzt und war als solcher kurze Zeit Oberarzt des Rigaer Militärhospitals, dann der Nikolai-Kavallerieschule in Petersburg, Divisionsarzt und zuletzt Korpsarzt des 14. Armeekorps in Lublin, bis er im vorigen Jahre zum Mitgliede des militär-medizinischen gelehrten Komitees ernannt wurde. Während seiner militärischen Laufbahn ist er vielfach in Kriegen tätig gewesen: so fungierte er während des deutsch-franz. Krieges als Stabsarzt in einem sächsischen Feldlazarett, 1873 als Bevollmächtigter des Roten Kreuzes im Chiwafeldzuge und 1877—78 als Arzt im Hauptquartier des Grossfürsten Tronfolgers. Der Hingeschiedene zeichnete sich als Mensch wie als Arzt durch strenge Pflichttreue und Gewissenhaftigkeit aus. Unsere med. Wochenschrift verdankt ihm auch in ihren früheren Jahrgängen manche Beiträge und Referate über Militär-Hygiene. 2) In St. Petersburg am 21. Januar der ältere Arzt der Gardeequipage, Ehrenleibmedikus Dr. Alexander Lang, an Herzparalyse im Alter von 53 Jahren. Der Verstorbene hatte seine medizinische Ausbildung in der mediko-chirurgischen Akademie erlangt und trat nach Absolvierung seiner Studien i. J. 1878 in den marineärztlichen Dienst, wo er 1890 zum Oberarzt der Gardeequipage und 1902 zum Ehrenleibmedikus des Allerhöchsten Hofes ernannt wurde. 3) In Moskau Dr. Sergius Kessler, Arzt am städtischen alten Katharinenhospital, im Alter von 54 Jahren nach mehr als 25-jähriger ärztlicher Tätigkeit. Die Kollegen und Dienstgenossen des Verstorbenen haben, wie die «Deutsche Mosk. Ztg.» berichtet, ein Kapital von 1000 Rbl. gesammelt, das

zur Bildung eines Fonds behufs Erteilung von Unterstützungen an unbemittelte Kranke beim Verlassen der Hospitäler bestimmt ist. 4) In Gent am 13./26. Januar der ordentliche Professor der Geburtshülfe und Direktor der gynäkologischen Klinik Dr. Alcide Jentzer im Alter von 57 Jahren.

Von Universitäten und medizinischen Instituten.

— Neue Universität. Die unter dem Vorsitz des Professor Amalizki behufs Wahl einer grösseren Stadt zur Errichtung einer neuen russischen Universität soll zu dem Schluss gekommen sein, dass als passender Ort für eine neue Universität entweder Saratow oder Woronesh in Frage kommt. Die Stadt Saratow ist bereit eine Million Rubel zur Errichtung der Universität beizusteuern, die Stadt Woronesh 950,000 Rbl. Bezüglich der Eröffnung einer medizinischen Fakultät an der neuen Universität, kommt aber in Betracht, dass Saratow gut eingerichtete Krankenhäuser mit ca. 600 Betten zum klinischen Unterricht besitzt, Woronesh dagegen nur über 350 Krankenbetten verfügt.

— Die Erneuerungen der Doktordiplome an deutschen Universitäten. Bekanntlich bestand bisher an den Universitäten der Gebrauch, dass die Universität, wenn ein an ihr zum Doktor Promovierter sein 50-jähriges Doktorjubiläum erlebte, dem Jubilar das Doktordiplom erneuerte. Da aber nun bei der steigenden Frequenz aller Universitäten sich in letzter Zeit solche Erneuerungen häuften und für die kunstvoll ausgestatteten neuen Diplome einzelnen Fakultäten nicht unbeträchtliche Kosten erwuchsen, soll, wie verlautet, wenigstens an den grösseren Fakultäten, mit dem Herkommen gebrochen und das Doktordiplom in Zukunft nur jenen akademischen Jubilaren erneuert werden, die sich besondere Verdienste in wissenschaftlicher Beziehung erworben haben.

— Zum Nachfolger des verstorbenen Professors Schönborn auf dem Lehrstuhl der Chirurgie an der Universität Würzburg ist der Prof. ord. E. Enderlen aus Basel berufen worden und hat den Ruf angenommen.

— Der von uns in Nr. 51 des vorigen Jahrganges (S. 601) erwähnte Konflikt in der militär-medizinischen Akademie zwischen den Studenten des II. Kursus und Prof. Schawlowski während des Examens in der Anatomie spitzt sich immer weiter zu. Am 13. Jan. haben die Studenten des II. Kursus den Beschluss gefasst, infolge des groben Benehmens Prof. Schawlowskis gegen die Studenten, alle Beziehungen zu ihm abzubrechen und seine Vorlesungen und Praktika nicht zu besuchen. Diesen Beschluss haben sie der Konferenz zur Begutachtung vorgelegt. Die Antwort der Konferenz ist uns bis jetzt nicht zur Kenntnis gelangt.

Standesangelegenheiten.

— Der Samara'sche Arzt Dr. Wertel ist am 20. Januar um 7 Uhr abends in Gegenwart der anwesenden Patienten von vier bewaffneten Banditen in seiner an einer belebten Strasse belegenen Wohnung beraubt worden. Die Banditen raubten aus dem Schreibtisch und den Taschen des Arztes das vorhandene Geld und entfernten sich mit der Erklärung, dass sie auf der Türschwelle eine Bombe zurücklassen würden.

— Der Odessaer Arzt Dr. Luzenko, der für Aufbewahrung zweier Revolver und Patronen, ohne das Recht dazu zu haben, vom örtlichen Generalgouverneur einem Arrest von 1 Monat unterzogen wurde, ist jetzt freigelassen worden.

— Der Exdeputierte der Reichsduma seitens der Stadt Kutais, Dr. J. Gomarteli, ist fürs Unterschreiben des bekannten Wiborger Aufrufs zur gerichtlichen Verantwortung gezogen worden.

— Beim Ueberfall auf die Kasse der Universität Kasan ist auch der zufällig dort anwesende Privatdozent der med. Chemie Dr. W. Worms verwundet worden.

— Dem Warschauer Medizinalinspektor ist ein Zirkulär des Ober-Medizinalinspektors zugegangen, welches dahin lautet, dass alle bisherigen Zirkuläre und Anordnungen, welche die Eröffnung von Asylen und Anstalten für Wöchnerinnen betreffen aufgehoben werden und dass derartige Anstalten nur auf Grund des neuen Normalustaws über Privatheilanstalten eröffnet werden können. Das Zirkular verlangt auch, dass die bereits bestehenden Anstalten ihre Statuten zur Registrierung einreichen.

— In der «Balt. Tageszeitung» findet sich nachstehende Bekanntmachung über eine ärztliche Vakanz: «Die Stadt Pilten (Kurland) bedarf gegenwärtig eines Stadtarztes. Stellung nicht zu verachten. Nationalität gleichgiltig, ob Jude oder Christ.

Verschiedene Mitteilungen.

— Der Medizinalrat macht bekannt, dass das Recht der Zahnärzte, starkwirkende Mittel nach Rezepten aus Apotheken zu verschreiben, auch wenn es sich nur um die Anwendung im Munde handelt, auf Dentisten nicht ausgedehnt werden kann.

— Die Moskauer Gouvernements-Landschaft hat in ihrem Voranschlage für das Landschafts-Medizinalwesen im Jahre 1907 die stattliche Summe von 657,547 Rbl. ausgesetzt.

— Die Moskauer Besondere Behörde für städtische Angelegenheiten hat die Registrierung der Statuten des Verbandes der Feldscher, Feldscherinnen und Hebammen in dem Moskauer Gouvernement verweigert.

— Vergiftung von Säuglingen durch Hebammenschülerinnen. In Reval haben, wie die «Rev. Ztg.» seiner Zeit berichtete, zwei Hebammenschülerinnen des Estländischen Hebammen-Instituts II. Kategorie, welche die Nachtdejour im Institut hatten, um in der Nacht nicht in ihrer Ruhe gestört zu werden, von den zur Zeit im Institut befindlichen 15 Säuglingen (im Alter von 1—7 Tagen) 9 mit Mohnextrakt getränkt, um sie in Schlaf zu bringen. Als der Leiter des Instituts Dr. Keyserling um 5 Uhr morgens von diesem Vorfall erfuhr, machte er sich unverzüglich daran, die Wirkung des Mohnextraktes zu paralysieren, was ihm auch nach stundenlanger Arbeit bei acht Kindern, die sämtlich bereits Vergiftungssymptome aufwiesen, gelang, während das neunte 7 Tage alte Kind einer Bäuerin nicht mehr zum Bewusstsein gebracht werden konnte. Selbstverständlich sind die beiden gewissenlosen Schülerinnen dem Gericht übergeben und die Untersuchung ist dem Untersuchungsrichter für besonders wichtige Angelegenheiten übertragen worden.

Bf.

— Die Gesamtzahl der Kranken in den Zivilhospitälern St. Petersburgs betrug am 14. Jan. d. J. 12347 (311 mehr als in der Vorwoche), darunter 823 Typhus — (73 wen.), 1227 Syphilis — (66 mehr), 427 Scharlach — (12 wen.), 248 Diphtherie — (2 wen.), 142 Masern — (6 wen.), und 13 Pockenkranke — (0 mehr als in der Vorw.).

— Die Gesamtzahl der Sterbefälle in St. Petersburg betrug in der Woche vom 7. bis zum 14. Jan. d. J. im ganzen 1007 (551 M., 456 W.), darunter an folgenden Krankheiten:

Typhus exanth. 0, Typhus abdom. 24, Febris recurrens 1, Typhus ohne Bestimmung der Form 1, Pocken 0, Masern 47, Scharlach 26, Diphtherie 24, Croup 0, Keuchhusten 2, Croupöse Lungenentzündung 59, Erysipelas 1, Grippe 18, Katarrhalische Lungenentzündung 119, Ruhr 2, Epidemische Meningitis 0, Akuter Gelenkrheumatismus 0, Parotitis epidemica 0, Rotzkrankheit 0, Anthrax 0, Hydrophobie 0, Puerperalfieber 1, Pyämie und Septicaemie 16, Tuberkulose der Lungen 104, Tuberkulose anderer Organe 24, Alkoholismus und Dilirium tremens 8, Lebensschwäche und Atrophia infantum 66, Marasmus senilis 45, Krankheiten des Verdauungskanals 125, Totgeborene 46.

✦ Nächste Sitzung des Vereins St. Petersb. Aerzte: Dienstag, d. 6. Febr. 1907.

Tagesordnung:

Fick: Ueber Dauerresultate der chirurgischen Therapie des Ulcus ventriculi.

✦ Nächste Sitzung des Deutschen ärztlichen Vereins: Montag, d. 12. Febr. 1907.



ANNONCEN JEDER ART werden in der **Buchhandlung** von **K. L. RICKER** in St. Petersburg, Nevsky-Pr. 14, sowie in allen in- und ausländ. Annoncen-Comptoiren angenommen.



Hôtel und Pension Hammerand

WIEN, VIII.

Verlangen Sie illustrierte Preiskourants gratis und franko.

ANSTALT FÜR WARME BAEDER



(57) 17—13.

Eigenthum der Französischen Regierung.

BADE-SAISON.

In der Anstalt VICHY, der besteingerichteten in ganz Europa, sind vorhanden Bäder und Douchen zur Heilung von Magen-, Leber-, Harnblasen-, Harnsalz-, Podagra und anderen Krankheiten.

Täglich vom 15. Mai bis zum 30. September Theater und Concerte im Casino. Musik im Park. Lesecabinetts. Gastzimmer für Damen, Spiel-, Sprechsäle und Billards. Alle Eisenbahnlinien sind mit VICHY verbunden. Frankreich, Departement Allier.

BERLINER DOZENTENVEREIN FÜR ÆRZTLICHE FERIENKURSE.

Der nächste Zyklus des Berliner Dozentenvereins für ärztliche Ferienkurse beginnt am 1. März 1907 und dauert bis zum 28. März 1907.

Das Lektionsverzeichnis versendet unentgeltlich und erteilt Auskunft Herr Melzer (Berlin), Ziegelstrasse 10/11 (Langenbeck-Haus).

(20) 1—1. Prof. Dr. J. Hirschberg, Geh. Med.-Rat, Vorsitzender.

Gemäss Erfahrungen in der chemischen Abteilung des Königlichen Instituts für Infektionskrankheiten in Berlin tödtet

LYSOFORM

in 3% Lösung von 37 bis 40° Celsius **Staphylokokken** wie **Typhusbazillen** nach 5 Minuten. Lysoform ist in Vergleich zu anderen Desinfektionsmitteln fast ungiftig und hat keinen üblen Geruch.

Zu haben in Apotheken und Droguengeschäften und engros bei **L. Minlos.** (106) 10—5.

St. Petersburg, W. O., 9 Linie № 44.

Eine geisteskranke Dame oder ein Herr oder auch zurückgebliebene Kinder finden freundliche Verpflegung bei Frau Pastor **E. v. Johanson**, früher Oberin in einer Irrenanstalt. Adr. Riga, Nicolaistr. Nr. 52, Q. 5.

Im Deutschen Alexander-Hospital wird Nachweis erteilt über zur Zeit diensfreie Pfleger und Pflegerinnen für die private Krankenpflege (gegen Zahlung von 50 Kop.)

GRIES bei BOZEN

Mildester klimatischer Kurort im deutschen Süd-Tirol.

Saison vom 15. September bis 1. Juni.

Prospekte durch die Kurdirektion (90) 6—6.

Adressen von Krankenpflegerinnen:

Frl. **Pauline Winkel**, Коннogвардейскій переулокъ 4, кв. 2.

Herausgeber Dr. Rudolf Wanach. Buchdruckerei v. A. Wienecke Katharinenhofer Pr. № 15.

XXXII. JAHRGANG. ST. PETERSBURGER Neue Folge XXIV. Jahrg.

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Redaktion von

Prof. Dr. Karl Dehio. Dorpat.
Dr. Johannes Krannhals. Riga.
Dr. Rudolf Wanach. St. Petersburg.

Die „St. Petersburger Medizinische Wochenschrift" erscheint jeden Sonnabend.—Der Abonnementspreis ist in Russland 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr inkl. Postzustellung; in den anderen Ländern 20 Mark jährlich, 10 Mark halbjährlich. Der Insertionspreis für die 3mal gespaltene Zeilen in Petit ist 20 Kop. oder 45 Pfen.—Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt. —Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.

Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate bittet man ausschliesslich an die Buchhandlung von K. L. Ricker in St. Petersburg, Newsky-Prospekt № 14, zu richten. — Manuskripte sowie alle auf die Redaktion bezüglichen Mitteilungen bittet man an den geschäftsführenden Redakteur Dr. R. Wanach in St. Petersburg, Petersb. Seite, Alexandrowski Pr. 6 zu richten. Sprechst. Dienstag, Donnerstag und Sonnabend 5—6.

№ 5 St. Petersburg, den 3. (16. Februar). 1907.

Die Haarparasiten bei Kindern.

Von

S. Bormann.

Um nicht missverstanden zu werden, will ich gleich vorausgreifen, dass ich durchaus nicht alle Mikroben-Erkrankungen der Kinderhaare besprechen will, sondern blos eine gewisse Gruppe, die von den kryptogamischen Dermatophyten hervorgerufen werden und die in der Volkssprache Flechten heissen. Einige Gründe scheinen mir für ein detailliertes Studium dieser Frage vorzuliegen. Vor allen Dingen ist die Frage in grossen Spezialisten-Kreisen sehr wenig bekannt, das Interesse zu ihr ein ganz oberflächliches, anderweitig aber die Verbreitung der Haarflechten ebenso wie der Bartflechten eine enorme und die Therapie bis jetzt eine recht ungenügende und ganz undankbare gewesen. Ausserdem ist die Anschauung der Autoren, welche speziell diese Frage bearbeiteten in verschiedenen Ländern vollständig divergierend.

Es wird den meisten nicht unbekannt sein, dass Ausschläge auf Kinderköpfen von ganz verschiedenem Aussehen, trotz grosser Mühen der besten Spezialisten jahrelang andauern, und ein und derselbe Fall nicht selten trotz der verschiedensten Diagnosen und Behandlungen ruhig weiter fortbesteht.

Nun ist es gelungen dank neueren mikroskopischen und bakteriologischen Forschungen besonders von französischen Dermatologen gerade solche Fälle auf die Aetiologie der kryptogamischen Dermatophyten zu präzisieren und dadurch auch einer erfolgreicheren Therapie zu unterziehen. Alle hierher gehörigen Krankheitsbilder werden als „teignes tondantes" benannt und ihre Lehre ist in Frankreich, Belgien, England und Italien wohl bekannt, während in Deutschland, Russland und anderen Ländern diese Anschauungen ganz fremd sind und einige Formen der Art garnicht vorkommen sollen. Wir haben es mit den, dem Herpes tonsurans verwandten Erscheinungen zu tun. Dieselben sind klinisch von Willan im Jahre 1817 beschrieben worden. Die entsprechende Parasitologie schenkte uns Gruby 1841—1844, doch das grösste Verdienst erwarb sich durch jahrelange Arbeit zur theoretischen, wie praktischen Läuterung der Frage Sabourand in Paris, dessen Auffassung fast allgemeine Anerkennung gefunden und die ich auch meiner Besprechung zu Grunde legen will. Demnach teilen wir die Haarflechten der Kinder ein in:

1) Die „teigne tondante à petites spores" wir können sie nennen die Mikrosporie.

2) „teigne tondante à grosses spores" oder die Megalosporie.

3) Die Trichophytie tierischen Ursprungs oder der gewöhnliche Herpes tonsurans

a) ohne entzündliche Follikulitis

und b) mit Entzündung der Hautfollikeln,

4) Die Favusflechte.

1) Das typische Krankheitsbild der Mikrosporie, besteht in einem zwanzig- bis fünfkopeken grossen Fleck der Kopfhaut, der ziemlich scharf begrenzt und mit weisslich-grauem trockenem Schorf bedeckt ist. Die erkrankte Stelle ist weniger behaart, als normal, enthält zwischen den gesunden Haaren kranke, die entfärbt und abgebrochen sind und sich leicht mit den Fingern epi-



lieren lassen. Oftmals sind mehrere kranke Stellen vorhanden, welche sehr selten zusammenfliessen. Subjektive Symptome fehlen, natürlich blos solange die Mykose unkompliziert bleibt. Die Dauer der Krankheit ist eine sehr lange, jedoch kann sie von selbst vergehen mit Hinterlassung von alopekischen Stellen. Bei Erwachsenen kommt sie nicht vor.

Der Pilz der Mikrosporie ist der Mikrosporon Andonini, er lässt sich mikroskopisch leicht an einem kranken Haar (in Sol. Kali caustici 3 : 7) demonstrieren.

Der intra- sowie der extrafollikuläre Teil des Haares ist von einer Hülle aus Sporen umgeben, die letzten sehr klein nicht über 3 μ und fast rund, in unregelmässiger Anordnung gegeneinander gepresst. Die Substanz des Haares selbst ist unberührt. Mycelien sind sehr schwer zu sehen.

Charakteristisch ist das Aussehen der Kultur dieses Pilzes, sie stellt eine runde sternförmige ausstrahlende Figur dar, ähnlich einem weissen flaumigen seidonhaarigen Teppich, im Zentrum der Figur befindet sich die Impfstelle.

Die Kultur wächst bei einer Temperatur von ungefähr 25° Celsius auf einem zuckerhaltigen Gelatine-Boden. Die Impfung wird mit zerbröckelten erkrankten Haaren gemacht.

Die bakteriologische Technik und der Boden sind für alle Flechtenpilze dieselbe.

Die beschriebene Flechtenform zeichnet sich besonders durch ihre leichte Uebertragbarkeit aus; Epidemien in Kinderschulen sind durchaus nicht selten. Dank dem Polymorphismus der Erkrankung und den sehr verbreiteten atypischen Formen ist eine Diagnose oft blos durch das Mikroskop möglich.

2) Die Flechte des Megalosporon in vielen Punkten der vorigen Affektion ähnlich, ist ihr an Häufigkeit, wenigstens in St. Petersburg überlegen, bietet für die klinische Diagnostik einige Schwierigkeiten. Es finden sich am Kopfe eine Menge kleiner erkrankter Flecke mit anhaltenden Schuppen und trockenen Krusten. Die erkrankten Haare sind sehr zerbrechlich, ihr extradermaler Teil meistens abgebrochen und die Nachbleibsel liegen in der Hautschuppe. Die meistens multiplen infizierten Stellen lassen sich nicht an dem Haarschwund, sondern eher am Schorf erkennen. Mikroskopisch ist zu vermerken: Der Parasit ist viel grösser, als der vorige und schnurartig oder in regelmässigen Ketten angereiht, natürlich ist das nicht immer zu sehen. Alle die Ketten liegen in der Haarsubstanz drin und bilden keine Hülle um den Haarschaft. Wir haben also ein Megalosporon endotrix vor uns. Am Anfang wächst die Kultur sehr ähnlich der vorigen, doch später bildet sich an der Impfungsstelle eine kraterförmige Vertiefung.

Die beschriebene Mykose ist ebenfalls sehr ansteckend, macht Epidemien und Endemien: befällt ausschliesslich das Kindesalter bis zum 15. Jahre und ist sehr hartnäckig.

3) a. Eine Trichophytie tierischen Ursprungs macht die wohlbekannten Erscheinungen, eines scharf begrenzten roten Fleckes, mit Scheller und Bläschen und ein starkes Jucken, kommt auf Kindsköpfen ziemlich selten vor und hat einen mehr akuten Verlauf. Ihr entsprechen eine Reihe Pilze derselben Familie — trichophyta megalospora ectotrica. Ihre Kulturen haben verschiedenes Aussehen, die eine wächst in Form eines Kegels, die andere ist auffallend violet gefärbt.

b. Als Typus der sogenannten entzündlichen Form dient das Kerion Celsi, welches ein ausgeprägtes eigenes Aussehen hat und mit einem Karbunkel leicht verwechselt wird. Eine scharf begrenzte runde, hervorspringende, infiltrierte Fläche, die aus einem Konglomerat von Follikulitiden besteht. Die Haare haften ganz locker oder sind sogar ausgefallen, es bilden sich Borken und Krusten. Der Eiter ist meistens steril. Der Pilz ist ein endo-etotrix und haftet am Haare, giebt eine Kultur mit ausgeprägt gelber Rückseite.

4) Die Anschauungen über den Favus kann ich umgehen, sie sind ja allgemein bekannt. Will blos bemerken, dass die Kultur sehr schwierig ist, und ein typisch schwammiges Aussehen hat.

Alle beschriebenen Parasiten nisten in den Haarwurzeln oder im Epithel der Haarfollikeln. Keine einzige Salbe dringt so tief in die Haut, auch nicht die Jodtinktur noch das Jodvasogen.

Daraus folgt, dass eine erfolgreiche Therapie ohne Epilation unmöglich ist. Trotz sehr autoritativer Einwendung fröhne ich diesem Prinzip und muss sagen, dass ich ohne Epilation nie einen auskurierten Fall gesehen habe.

Abgesehen von dem barbarischen und schmerzhaften Vorgehen des Haarausreissens ist die Epilation bei der Zerbrechlichkeit der Haare nicht immer anzuführen.

Dank der Röntgentherapie ist das auch bereits ein überwundener Standpunkt.

Ich benutze die Gelegenheit um ein Paar Worte über die Röntgentherapie im allgemeinen zu sagen. In der Dermatologie nämlich schafft sie Wunder, wenn ich mich so ausdrücken darf. Bei einem grösseren Interesse für dieselbe, als ich es bis heute in Russland vertreten sehe, glaube ich fast das gänzliche Aussterben der so beliebten und verbreiteten Salbenbehandlung voraussehen zu können. Es ist auch begreiflich. Theoretisch ist die Anwendung der Röntgenstrahlen bei Hautaffektionen nicht das Ergebnis der Empirie und des Zufalls, sondern es liegt ihr eine leicht fassliche und wissenschaftliche Idee zu Grunde.

Aus dem riesigen Material der im Auslande angewandten Röntgenbestrahlung bei Dermatosen, und der darauf gemachten Studien der Haut ergiebt sich, dass die Röntgenstrahlen durch chemische Wirkung regressive und atrophische Prozesse im tierischen Gewebe hervorrufen. In Abhängigkeit von der Grösse der Dosis können dieselben blos in vorübergehender Hemmung der Funktion einiger Organe (wie Drüsenausscheidung) bis zu ausgiebiger Nekrose der Gewebe ihren Ausdruck finden. Die meisten der rein dermatologischen Affektionen stellen progressive oder hypertrophische Prozesse dar, entweder ist es eine Hyperkeratose, eine Hypersecretio, oder eine Hypertrichosis u. s. w. mit einigen Ausnahmen natürlich, wie z. B. die Atrophia cutis propria oder die Sclerodermia.

Die Schwierigkeit liegt in der Technik. Wie röntgenisiert man genügend ohne Schaden zu stiften, wie dosiert man die Röntgenseancen? Die zu einer Einrichtung gehörigen Apparate, sowie ihre Arbeitsleistung lassen sich wohl genau bemessen, aber diese alle elektrischen Instrumente dienen blos die Strahlen hervorzurufen, die Strahlen selbst haben aber mit der Elektrizität nichts gemeinschaftliches, und die Messung des primären, wie sekundären Stroms ebenso wie die Zahl der Unterbrechungen geben mir gar kein Verständnis für die Dosis der Strahlen selbst. Leider lassen sich bis jetzt die Strahlen selbst weder inbetreff ihrer Energie, noch ihrer Quantität auf direktem Wege berechnen. Indirekt jedoch stehen uns recht interessante und praktisch wertvolle Methoden zur Verfügung. Die letzte Errungenschaft darin ist das Dosimeter oder Quantimeter von Kienbeck.

. Alle die anderen Apparate basieren auf der Eigenschaft einiger Salze bestimmte Farbenveränderungen zu geben nach Einwirkung von Röntgenstrahlen. Es wird also ein Papier-Plätzchen mit einem bestimmten Salz imprägniert, auf die zu bestrahlende Hautgegend gelegt und die hervorgerufene Farbennüance dann mit einer empierisch festgestellten (in Aquarell) Scala verglichen. Die Seancen werden dann solange fortgesetzt bis man die gewünschte Nuance am Plätzchen erwirkt hat. Ich nenne blos das Chromoradiometer von Holzknecht und das von Sabourand-Noiré.

Das Kienboeck'sche Dosimeter hat den photographischen Effekt der Röntgenstrahlen zum Prinzip, und wird folgendermassen gehandhabt. In zwei ineinander eingeschlossenen Kouverts befindet sich ein längliches Papierchen; darauf ist eine für Röntgenstrahlen oder Photographie empfindliche Masse gebracht, nämlich Chlorbromgelatine. Dieses Reagenspapier wird auf die zu behandelnde Hautstelle gelegt. Nach der Seance wird es in einem dunklen Zimmer aus den Kouverts genommen und wie eine photographische Platte produziert. Die empfindliche Seite des Papierchen weist dann eine gewisse Dunkelfärbung auf, dieselbe wird mit einer empirisch festgestellten Tabelle verglichen und danach die Röntgendosis bestimmt.

Die Lösungen für diese photographische Produktion sind nach Kienboeck folgende:

A: Aqua destillata 1000
Metol 15
Natr. sulfuros. 150.

B: Aqua destill. 1000.
Kal. carbonic 110.

Von beiden Lösungen wird zu 1 Teil genommen auf 15 Teile Quell- oder Flusswasser.

Zum Fixieren wird ein saures Fixierbad benutzt — Aqua fontana 1000, Natrii sulfurosi 200 konzentrierte saure Natriumsulfitlösung 50.

In jeder dieser Flüssigkeiten wird das Reagenspapier 1 Minute lang gehalten, und nach jeder Flüssigkeit 1 Minute lang in Wasser gewaschen, sodass die Ganze Prozedur nicht mehr, als 4 Minuten erfordert.

Wer nicht ein dunkles Zimmer besitzt, kann eine kleine von Kienboeck konstruierte Handdunkelkammer benutzen. Das Verfahren ist durchaus nicht vollkommen und hat den Nachteil, dass die Röntgendose erst nach Schluss der Seance bestimmt wird, genügt aber reichlich für eine sehr genaue Arbeit und ist durchaus jedem Röntgentherapeuten zu empfehlen, nicht allein zur praktischen Verwendung sondern auch zur weiteren Vervollkommnung.

Um auf die Röntgentherapie der Haarparasiten zurückzukommen, können wir dieselbe auf zweifache Weise auffassen. Erstens als blosser Ersatz der Epilation oder besser gesagt, als die humanste und idealste Art zu epilieren, sodann applizieren wir nach erfolgtem Haarausfall die bekannten parasitiziden Mittel, wie Jodtinktur, Resorcin, Theer u. s. weiter. Zweitens wenden wir die Röntgenstrahlen, als einziges und direktes Mittel gegen die Erkrankung an, ohne andere Hilfsmittel. Das letztere ist möglich bei nicht grossen circumscripten Herden. Denn die Röntgenstrahlen wirken tötend auf die Parasiten erst in dem Moment, wo die Haare zum Ausfall gekommen sind, und das geschieht, wie bekannt erst 14 Tage nach Empfang der nötigen Bestrahlungsdosis. Wenn ich also einen Kopf voll zerstreute Herder habe, bin ich gezwungen die Möglichkeit der Uebertragung auf neue Stellen durch tägliche Anwendung eines Desinfiziens zu hemmen bis alle kranken Stellen haarlos geworden sind.

Nach der Skala des Quantimeters von Kienboeck ist die Dosis für Epilation am Kopfe nach meinen persönlichen Erfahrungen, gleich 4 x d. h. ich röntgenisiere den Kranken in einer beliebigen Entfernung mit beliebigen Ampullen so lange oder so oft, bis ich mit dem Kontrollpapierchen die Färbung 4 x erhalte. Dabei soll ich nie eine negative Reaktion der Haut hervorrufen, d. h. eine Rötung oder eine Dermatitis.

Bücheranzeigen und Besprechungen.

Erste ärztliche Hilfe. Vierzehn Vorträge, herausgegeben vom Zentralkomitee für das ärztliche Fortbildungswesen in Preussen und in dessen Auftrage redigiert von Prof. Dr. R. Kutner. Jena 1906, Verlag von Gustav Fischer. 392 Seiten mit 20 Abbildungen im Text.

Es giebt wohl kaum ein Gebiet von so allgemeinem Interesse und von so hoher Bedeutung für alle Aerzte, welche spezielle medizinische Disziplinen sie auch kultivieren mögen, als die erste ärztliche Hülfe. Kommt doch, wie Prof. Dr. M. Kirchner in der Einleitung zu diesem Buche hervorhebt, in keinem der Gedanke der Einheit der medizinischen Wissenschaft so zum Ausdruck und die Notwendigkeit der ständigen Fortbildung der Aerzte so zum Bewusstsein, wie hier, wo es gilt, unseren verunglückten Mitmenschen in für Leben und Gesundheit entscheidender Art und Weise beizuspringen. Es genügt aber nicht, nur die verschiedenen Heilverfahren zu kennen, man muss sie auch richtig anzuwenden verstehen, mit anderen Worten — zu dem Wissen muss das Können hinzukommen, um den Arzt zur ersten Hilfe zu befähigen. Am häufigsten wird natürlich der Chirurg in die Lage kommen, erste Hilfe zu leisten; dass aber auch nicht selten Vertreter anderer Zweige der Heilkunde dabei in Betracht kommen, beweist schon das Inhaltsverzeichnis der 14 Vorträge, welche in diesem Zyklus gehalten worden sind. Das vorliegende Buch enthält Vorträge von Prof. Senator über erste ärztliche Hülfe bei Blutungen aus dem Respirations- und Verdauungstraktus; Prof. Fr. Kraus — Bewusstseinstörungen und Kollaps; Prof. Mendel — Schlaganfall und epilept. Anfall; Prof. Ziehen — akute Erregungszustände und Delirien; Prof. Hoffa — Knochenbrüche und Verrenkungen; Prof. Borchardt — Verletzungen des Rumpfes; Prof. Rotter — Blutungen aus den grossen Gefässen; Prof. George Meyer — Erstickung und Ertrinken; Prof. Sonnenburg — Verbrennung (inkl. Blitzschlag) und Erfrieren; Prof. Kobert — Vergiftungen; Prof. Landau — Blutungen aus dem weibl. Genitaltraktus; Prof. Kutner — Blutungen aus dem Harnapparat und plötzliche Harnverhaltung; Prof. George Meyer — Beförderung von Kranken und Verletzten; Prof. Alexander — öffentliche Fürsorge für erste Hilfe.

Dieser vom Zentralkomitee für das ärztliche Fortbildungswesen in einem stattlichen Bande von nahezu 25 Druckbogen herausgegebene und, wo nötig, mit Abbildungen versehene Zyklus von Vorträgen, in welchen die wissenschaftlichen — theoretischen und praktischen — Grundlagen der ersten ärztlichen Hilfe bei Unglücksfällen von anerkannten Autoritäten in ihrem Fache vor Aerzten der Berliner Rettungsgesellschaft erörtert wurden, kann allen denen, die Belehrung über die erste Hülfe suchen, bestens empfohlen werden, und darf daher wohl auch auf das Interesse weiter ärztlicher Kreise rechnen.

Bernhoff.

Erich Hoffmann: Die Aetiologie der Syphilis. Mit zwei Tafeln. Berlin. Verlag von Julius Springer. 1906.

Der überlebende der beiden Entdecker der Spirochäte pallida bringt in dem kleinen 58 Seiten starken Buch eine zusammenfassende Uebersicht über den gegenwärtigen Stand dieses noch so jungen Gebietes der ätiologischen Forschung, welches in kaum einem Jahr eine derartige Fülle von Arbeiten gezeitigt hat, dass die Literatur über dieses kleine Spezialgebiet kaum zu übersehen ist. Angefangen mit der Methodik der Untersuchung, finden wir die Ergebnisse der Forschung über die Morphologie und Biologie der Spirochäte pallida und die Fundorte beschrieben. Das die Sp. pall. der Erreger der Syphilis ist unterliegt für H. keinem Zweifel

und geht er auch auf die Bedeutung der Funde für die Aetiologie und Therapie der Krankheit ein.

Das Werk stellt einen Sonderabdruck aus den Verhandlungen der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft dar, und zwar vom neunten Kongress in Bern, der im vergangenen Sommer getagt hat. Zum Schluss werden die zweckdienlichsten Untersuchungsmethoden übersichtlich geordnet gegeben und auch zwei Tafeln, die auch die Unterscheidung gegenüber andern Spirochätenformen zur Anschauung zu bringen bezwecken. Es sei hier noch gestattet zu erwähnen, dass beim Hinweise auf die ungeheuer schwierige Sichtbarmachung der Sp. pallida die höchst wichtige Angabe gemacht wird, wie bei Verwendung künstlichen Lichtes einzig und allein durch Heben und Senken des Abbe'schen Apparates die richtigen Beleuchtungseffekte zu erzielen sind. Dieses vom Ref. seit einem Jahrzehnt ausschliesslich angewandte Verfahren findet er hier zum ersten Male in einem Buch erwähnt, während er es vergeblich in den Lehrbüchern der mikroskopischen Technik gesucht hat.

Ucke.

Emil Fischer: Untersuchungen über Aminosäuren, Polypeptide und Proteine. (1899—1906). Berlin. Verlag von Julius Springer 1906.

Einem jeden, der sich für das überaus schwierige Gebiet der Chemie der Proteinstoffe interessiert, wird das Studium dieser Wissenschaft durch den Mangel an zusammenfassenden Darstellungen der Errungenschaften der synthetischen Forschung wesentlich erschwert.

Sind doch allein die in dieser Beziehung grundlegenden Arbeiten von Emil Fischer und seinen Schülern in nicht weniger als vier verschiedenen Zeitschriften zerstreut.

Einem wirklichen Bedürfnis kommt das vorliegende Werk nach, indem der Verfasser alle aus seiner Schule 1899—1906 hervorgegangenen Arbeiten in chronologischer Folge im Originaltext zusammenstellt. Die diesbezüglichen Veröffentlichungen seines Mitarbeiters E. Abderhalden werden zum Schluss im Auszug wiedergegeben.

Am 6. Januar 1906 hielt Emil Fischer in der Deutschen Chemischen Gesellschaft seinen mit grossem Beifall aufgenommenen Vortrag über das oben angegebene Thema, in dem er zusammenfassend die Resultate seiner Forschungen mitteilt. Dieser Vortrag ist als Einleitung den Einzelabhandlungen vorangestellt.

E. Koch.

Hermann Vierordt: Anatomische physiologische und physikalische Daten und Tabellen. Zum Gebrauch für Mediziner. Dritte neubearbeitete Auflage. Jena, Verlag von Gustav Fischer. 1906. 616 Seiten.

Dieses vorzügliche Nachschlagewerk erschien 1893 zum letzten Male. Die Fortschritte aller Disziplinen in den letzten 13 Jahren haben die neue Auflage um ein Beträchtliches vergrössert, namentlich in ihrem physiologischen und chemischen Teile. Des Verf. Absicht war es, nicht «allgemein verbindliche Durchschnitts- oder Normalwerte ohne ausdrückliche Nennung der Einzelposition» zu geben, sondern «die brauchbar erscheinenden Zahlenwerte auch für die höheren Ansprüche des wissenschaftlich Arbeitenden zusammenzustellen». Ein Anhang bringt eine grosse Menge praktisch-medizinischer Analekten. Das neuhinzugekommene Autorenregister wird häufig das Auffinden einer bestimmten Angabe wesentlich erleichtern. Das Sachregister ist mit möglichst viel Schlagworten ausgestattet worden.

M.

Carl Wernicke: Grundriss der Psychiatrie in klinischen Vorlesungen. Zweite revidierte Auflage. Mit einem Bildnis des Verfassers. Leipzig. Verlag von Georg Thieme. 1906. 538 Seiten.

Die Herausgabe der neuen vom Verfasser selbst nur zum kleineren Teile revidierten Auflage hat sein Schüler H. Liepmann besorgt. Dieses Lebenswerk des 1905 verstorbenen um die Gehirnpathologie (man denke nur an die Aphasielehre) und die Psychiatrie hochverdienten Forschers und Lehrers erregte bei seinem ersten Erscheinen (1894—1900) unter den Fachgenossen grosses Befremden und schwere Bedenken. Bei der konsequenten Durchführung des Grundsatzes, dass Geisteskrankheiten Gehirnkrankheiten sind, und bei der subtilen Berücksichtigung der klinischen Tatsachen kam W. zur Aufstellung eines Systems, das zwar dem Anfänger grössere Schwierigkeiten bereiten wird, als die in den sonst gangbaren Lehrbüchern dargelegte Lehre, das vielleicht auch für praktische Zwecke durch andere Gesichtspunkte ersetzt werden kann, das jedoch für die Weiterentwickelung der Psychiatrie einen gewaltigen Anstoss bedeutet. Mag spätere Forschung an diesem Lehrgebäude vieles ändern oder ersetzen, Wernicke's unvergängliches Verdienst wird es bleiben, als Erster anatomisierend eine Brücke des Verständnisses und der Erklärung vom erkrankten Geiste zum Gehirn geschlagen zu haben.

Michelson.

Lépine: Die Zuckerkrankheit. Uebersetzt von Kornfeld. Leipzig u. Wien. Deuticke. 1906. 151 Seiten. Preis 3 M.

Vorliegendes Büchlein bringt in lapidarer Kürze die Pathogenese, Symptomatologie und Therapie des Diabetes und seiner Komplikationen. Es ist kein Lehrbuch, in dem man sich über Details Auskunft holen kann, wohl aber geeignet zur schnellen Orientierung in den Hauptfragen. Auch mag es als Repetitorium für Studenten sehr brauchbar sein. Sein Hauptwert liegt darin, dass wir in knapper Schilderung die Ansichten und Erfahrungen des Verfassers, eines der hervorragendsten Diabetesforscher's, kennen lernen.

Sehr beachtenswert scheint mir die Betonung des Umstandes, dass die stets in erster Linie gerückte Calorienberechnung bei der Diabetesdiät nicht unbedingt massgebend ist, da einerseits die Assimilation sehr verschieden ist, andererseits auch Pflanzen und tierisches Eiweiss nicht gleich viel Kalorieen liefern, wie überhaupt auch schon die Zubereitung der Nährstoffe den Kaloriengehalt ändern kann.

Die Literatur ist im 2. Teil, der die Komplikationen des Diabetes behandelt, ausführlicher berücksichtigt, als im ersten, da sich Lépine eine ausführliche Berücksichtigung derselben für ein grosses Werk vorbehalten hat, welches demnächst in Paris bei Alcan erscheinen soll.

M.

Die soziale Bekämpfung der Tuberkulose als Volkskrankheit in Europa und Amerika. Von Dr. Philipp M. Blumenthal (Moskau). Deutsche Bearbeitung von Dr. A. Dworetzky. Berlin 1905. Verlag Aug. Hirschwald. 192 S.

Die vorliegende Denkschrift wurde im Auftrage der Tuberkulose-Kommission der Pirogow-Gesellschaft russischer Aerzte verfasst, ist mit einem Vorwort von Prof. E. v. Leyden versehen und dem 8. Pirogow-Aerzte-Kongress gewidmet. Sie enthält eine Schilderung des Ganges der Tuberkulose-Bekämpfung in Frankreich, Belgien, England und Deutschland; Amerika wird wahrscheinlich in einem spätern Bande abgehandelt werden. Das Buch giebt ein erhebendes Bild, wie zielbewusst und segensreich die genannten Länder bei der Bekämpfung der Tuberkulose vorgegangen sind und noch vorgehen. Wir sehen, wie überall die Propaganda einsetzt, wie sich die erleuchtetsten Geister an derselben beteiligen; wir verfolgen die Bildung von Liguen, Vereinen und Gesellschaften, die es sich zur Aufgabe machen, durch Vorträge Flugblätter das Volk über die Krankheit aufzuklären; wir sehen Kindersanatorien und Heilstätten für Erwachsene erstehen, wir begrüssen freudig die Eröffnung von Polikliniken für Lungenkranke u. m. a. Der Verfasser hat das mit vieler Mühe und grosser Schwierigkeit zu erlangende Urmaterial gesichtet und zu einem Ganzen verarbeitet, das für die Kenntnis und Geschichte der Tuberkulose-Bekämpfung von grossem Werte ist und dem Autor gebührenden Dank sichert.

Brennsohn-Mitau.

Kurze Uebersicht über die Tätigkeit des Zentral-Komitees zur Errichtung von Heilstätten für Lungenkranke in den Jahren 1896--1905 und Geschäftsbericht für die Generalversammlung am 31. Mai 1906. Von Dr. Nietner. Berlin 1906. 142 Seiten.

Das Deutsche Zentral-Komitee zur Errichtung von Heilstätten für Lungenkranke, dessen Protektorin die Deutsche Kaiserin ist, veröffentlicht jährliche Geschäftsberichte über seine Tätigkeit. Der vorliegende für die 10. General-Versammlung ist durch eine historische Uebersicht der Tätigkeit des Zentral-Komitees in den ersten zehn Jahren seines Bestehens eingeleitet, enthält 13 Tafeln Abbildungen von Tuberkulose-Einrichtungen und einen Anhang mit einer vollständigen Heilstättenliste des Deutschen Reiches, einer Reihe der wichtigsten Verfügungen aus den vergangenen Jahren; ferner die Satzungen des Deutschen Zentral-Komitees und der Internationalen Vereinigung gegen die Tuberkulose, die Mitgliederliste, sowie eine übersichtliche Karte Deutschlands mit allen seinen Anstalten zur Bekämpfung der Tuberkulose.

Brennsohn-Mitau.

Mitteilungen aus der Gesellschaft praktischer Aerzte zu Riga.

Sitzung vom 6. September 1906.

Anwesend 48 Mitglieder.

Das Protokoll der letzten Sitzung wird verlesen und angenommen.

Dr. Hampeln giebt als Nachtrag zu seinem Vortrage vom 17. Mai 1906 einen Bericht über den weiteren Verlauf des Krankheitsfalles.

P. I. der Tagesordnung. Dr. Paul Klemm demonstriert einen Fall von Pneumokokkenosteomyelitis der rechten Bekkenhälfte, den er vor 4 Jahren operiert hat, es zeigt dieser Fall, dass man sich in solchen Fällen vor sehr ausgedehnten Eingriffen nicht zu scheuen braucht, da das funktionelle Resultat ein sehr gutes zu sein pflegt, dieser Fall geht sicher und gut, hinkt wenig obgleich Verkürzung vorhanden und der Mann kann sein Bein verhältnismässig gut heben und abduzieren. Er habe hier das ganze Hüftgelenk und die Bekkenhälfte herausgenommen, die Narben sind mächtig, die Funktion aber gut. Zuerst hätte er als Assistent im Krankenhause dem Eingriff gegenüber, der von Dr. von Bergmann warm befürwortet und ausgeführt wurde sehr skeptisch gegenüber gestanden, er habe sich aber jetzt der möglichst radikalen Operation voll und ganz zugewandt und besitze selbst schon über 30 Fälle, darunter 4 schwere Fälle, wo der Erkrankungssitz hinten an der Sychondrosis sacroiliaca gewesen, diese Fälle bieten in der Diagnosenstellung namentlich aber auch in der Operationstechnik und im Wundverlauf bedeutend mehr Schwierigkeit, alle zeigen ein günstiges Resultat. Der vorgestellte Fall sei noch durch schwere Blutinfektion kompliziert gewesen, durch Wochen hindurch wären im Blut Pneumokokken nachgewiesen worden.

Dr. von Bergmann spricht seine Freude aus über die geänderte Ansicht von Dr. Klemm und hält auch an seinem früheren Standpunkte fest, dass radikal dabei vorgegangen werden müsse. Nach einer Arbeit von Lexer setzte die Osteomyelitis massenhaft Herde im Beckenknochen und sei es das gewöhnliche, dass wo nicht radikal operiert wird und wo man sich begnügt nach Auftreffen auf festen Knochen die Operation abzubrechen, Rezidive auftreten und dass solche Fälle oft zu Grunde gegangen sind. Der Knochen ersetze sich von den grossen Periostflächen aus stets und sind die späteren Funktionsverhältnisse gute, er habe nur einen Fall gesehen, wo der Knochen sich nicht ersetze, der auswärts operiert war und zwar nicht radikal. Die Todesfälle fallen auch nur auf die nicht radikal operierten, da wo z. B. Sitz- und Schambein obwohl schon erkrankt bei der Operation für gesund angesehen und deshalb nicht mit entfernt seien. Uebrigens hätte von Largy 1845 zum ersten Male die Operation ausgeführt und zwar mit einer Scheere, dieser Patient sei auch genesen, später ist die Operation in Vergessenheit geraten.

Dr. Paul Klemm führt an, dass er unter ca. 280 Osteomyelitiden 30 Beckenerkrankungen habe, man müsse 2 Formen der Erkrankung für die Operation unterscheiden:

I. Wo die Erkrankung von der Randepiphyse ausgeht und nur die Beckenschaufel ergreift, diese lägen prognostisch günstig, bieten keine Schwierigkeit für die Operation, es liegen gute Wundverhältnisse vor, die Weichteile legen sich gut zusammen, es resultiert eine gute Funktion, da das Gelenk intakt bleibt. II. Schwieriger namentlich auf Diagnosenstellung seien die Fälle, in welchen der Sitz der Erkrankung hinten an der Synchondrosis sacro-iliaca läge, hier seien Verwechslungen mit Senkungsabszess und Perityphlitis möglich, solche Fälle habe er 3, bei frühzeitiger Operation werden auch diese gut.

Dr. Voss fragt, ob die bakteriologische Untersuchung soweit sei die Diagnose der Osteomyelitis von der Tuberkulose zu unterscheiden, er habe bei einem Fall, der nicht radikal operiert, durch einen kleinen Eingriff bei dem ein Sequester entfernt wurde, ein voll befriedigendes Resultat der Funktion erlebt, da sei doch die grosse schwierige Operation vermieden worden. Ihm sei aufgefallen, dass die von Dr. von Bergmann vor Jahren vorgestellten geheilten Fälle eine durchaus schlechte Funktion gehabt hätten.

Dr. Paul Klemm: Alle seine Fälle seien bakteriologisch untersucht und hätten sich Staphylo-, Strepto- resp. Pneumokokken gefunden. Die tuberkulösen Erkrankungen müssten streng geschieden werden, doch habe er überhaupt noch keine tuberkulösen Primärerkrankungen des Beckens gesehen. Im Anschluss an Erkrankungen des Hüftgelenks komme es zu den schwammigen Infiltrationen des Beckenknochen, da ist von der Radikaloperation abzusehen, die Erkrankung sei weit forgeschritten und die Patienten gehen zu Grunde. Im Gegensatze zu Dr. Voss kann er nur behaupten, dass die vor Jahren von Dr. von Bergmann hier im Verein demonstrierten radikaloperierten Fälle alle eine gute Funktion hatten.

Dr. von Bergmann: Seine Fälle betreffen Strepto- und Staphylokokkeninfektionen, doch lasse leider die bakteriologische Untersuchung in bestimmten Fällen im Stich.

Bruns behauptet auch, dass früher viele Fälle als tuberkulöse Erkrankung gegolten, die Osteomyelitis gewesen seien, auch Dr. Voss Fall scheine entschieden Osteomyelitis gewesen zu sein. Dass solche Fälle zuweilen auch ausheilen können, gäbe er zu, doch werde dabei oft der richtige Zeitpunkt zur Operation versäumt. — Nach der auszuführenden Operation könne man 3 Formen unterscheiden. a) Erkrankungen der Beckenschaufel allein, wobei das Gelenk ganz intakt bleibt, bei Kindern bis ca. 7 Jahren findet sich dabei noch eine Epiphyse zum Sitzbein hin, sodass die Ausschälung der Schaufel gar keine Schwierigkeit mache — das Gelenk bleibt unberührt. b) Operation mit teilweiser und c) mit Entfernung des Gelenkes: Falls ca. $^2/_3$ des acetabulums stehen bleiben ist die Funktion des Gelenkes später eine sehr gute, wenn auch das Gelenk resp. der Oberschenkelkopf mit ergriffen ist, müsse natürlich durch die Resektion auch Verkürzung eintreten, die Funktionsherstellung sei aber immer eine befriedigende und gehen die Patienten später stets an die Arbeit, unter seinen Patienten habe er einen Dachdecker, der seine Arbeit gut ausführt.

Dr. Bornhaupt bemerkt Dr. Voss gegenüber, dass er zur Zeit des Aerztetages in Riga im Stadtkrankenhause die operierten Fälle vorgestellt habe, es seien dabei die eben von Dr. v. Bergmann erklärten 3 Kategorien von operierten gewesen, er erinnert Dr. Voss an ein kleines Mädchen, das zur Verwunderung Aller durch den Saal lief, alle gingen sie gut, bis auf einen vor kurzer Zeit operierten bei dem das Gelenk beteiligt war, der ging noch an Krücken, habe sich aber auch später noch sehr gebessert.

Dr. Voss giebt zu das Mädchen in Erinnerung zu haben, die anderen seien aber alle seiner Erinnerung nach an Stökken oder Krücken gegangen, sie mögen sich ja später weiter gebessert haben.

P. II. der Tagesordnung:

Dr. von Manteuffel demonstriert ein Präparat einer wegen Schussverletzung extirpierten Milz. Es handelt sich um eine komplizierte Verletzung der Milz durch eine Revolverkugel, da ausserdem der Herzbeutel, der Komplementärraum des linken Pleuraraumes, das Diaphragma, der linke Leberlappen und der Magen, dicht unter der Kardia sich als verletzt erwiesen. Patient, 20 Jahre alt, wurde in ca. 2—3 Stunden nach stattgehabter Verwundung, in der Medianlinie laparotomiert; die Leberwunde wurde tamponiert, der Magen genäht, die Milz exstirpiert, was leicht auszuführen war. Schwieriger war das Uebernähen der Magenwunde, die jedoch nach ausgeführter Exstirpation der Milz bequem zugänglich wurde. Patient, der arretiert werden sollte, verliess am 19. Tage heimlich die Klinik mit einer mässig sezernierenden Fistel in der Medianlinie. Die Kugel hatte die Milz im oberen Teil des Hilus getroffen und die Milzkapsel an der Rückseite sternförmig aufgerissen. Die Symptome waren die einer starken intraabdominellen Blutung. Bei der Operation erwies es sich, dass nicht so sehr das Milzgewebe blutete, wie ein zerrissenes Milzgefäss. Man sollte jedoch nicht das Symptom der intraabdominellen Blutung, das wohl fast immer vorhanden sein wird, abwarten, da Fälle genug beschrieben worden sind, wo bei Milzverletzungen die Blutung anfangs stand und erst spät die bedrohlichen Symptome auftraten, im Gegenteil, bei dem leisesten Verdacht auf eine Milzverletzung ist die schleunige Operation und gewöhnlich auch die Exstirpation des Organs angezeigt, welche der Organismus sehr gut verträgt. Dieselbe ist ja auch weit über 400 mal ausgeführt worden. Die Blutuntersuchungen nach Milzexstirpation ergeben nichts, was nicht auch durch eine hochgradige Anaemie zu erklären wäre.

(Autoreferat).

P. III. der Tagesordnung. Dr. Bornhaupt hält seinen angekündigten Vortrag über Pankreasnekrosis.

Die Erkrankung über die im Folgenden mitgeteilt werden soll, kommt bei uns selten vor, beziehungsweise wird sie selten diagnostiziert.

Die beiden Fälle, die ich an Pankreasnekrose verloren habe erregen unter Anderem auch dadurch das Interesse, dass sie das Gesetz der Duplizität der Fälle auch in Bezug auf Rari-

täten bestätigen. Aus den ausführlichen Krankengeschichten entnehme ich nur die für die Diagnose wichtigen Tatsachen. Im ersten Fall handelt es sich um einen 60-jährigen, fettleibigen Mann, der bis zum 11. Juni 1906 immer gesund gewesen ist und nur seit seiner Jugend an Obstipationen gelitten hatte, so dass er in der letzten Zeit zu den Mahlzeiten immer ein Abführmittel brauchte, dabei ist er nicht abgemagert. Am 11. Juni ist er plötzlich nach einer Ausfahrt mit starken Schmerzen im Abdomen, Erbrechen und Okklusionserscheinungen erkrankt. Nach mehrfachen hohen Oeleingiessungen erfolgte bis zum 15. Juni kein Stuhl. Die Schmerzen nahmen zeitweilig ab, um dann wieder aufzutreten. Puls — 86 von guter Qualität. Temp. normal. Gutes Aussehen. Weicher Leib, Druckempfindlichkeit in der Ileokoekalgegend und im Epigastrium, hier stärker; gurrende, geblähte Darmschlinge in der Ileokoekalgegend mit deutlichen Plätschergeräuschen. Keine gesteifte Darmschlinge Unter der Diagnose einer Strangokklusion des Dickdarms infolge eines chronischen entzündlichen Prozesses (wahrscheinlich einer chronischen Appendizitis) wird der Patient operiert. Bei der Operation findet man ausgedehnte derbe Verwachsungen in der Ileokoekalgegend, die sich heraufziehen am Colon ascendens und an der Flexura hepatica, die letzte ist mit einem Teil des Colon transversum stark hinter die Leber und nach oben zum Magen hin hinaufgezogen und an der hinteren Bauchwand fixiert. Der Wurmfortsatz ist in den Adhäsionen vollständig eingebacken und wird entfernt. Die Flexura hepatica wird aus den Verbackungen befreit. Der zentrale Dünndarm ist i n j i z i e r t und mässig gebläht. Der Dickdarm ist schlaff. Die Peristaltik fehlt vollständig. An der hinteren Bauchwand retroperitoneal unter dem Magen fühlt man einen derben Tumor, der dem Pankreas angehören könnte. Jedoch ist das Mesenterium so fettreich, dass die genaue Orientierung erschwert ist. Eine richtige Darmokklusion wird nicht gefunden. Die Bauchdecken werden in 2 Etagen vernäht. Während der Operation ändert sich der Puls und wird beschleunigt. Nach der Operation starke Schmerzen, die nicht aufhören, beschleunigter, kleiner Puls, bei gutem Aussehen des Patienten und bei einem vollständig weichen, aufgetriebenen Abdomen. Durch die am 17. Juni angelegte Dünndarmfistel erfolgt kein Stuhl, doch findet man dabei in der Bauchhöhle eine klare, hämorrhagische Flüssigkeit. Temp. die ganze Zeit normal. Kein Erbrechen oder Singultus. Allmählicher Verfall, leichter Ikterus. Am 18. Juni Exitus letalis.

Im zweiten Fall handelt es sich um eine 66-jährige Dame, die bis zum 20. Juli 1906 nach den Aussagen des Hausarztes von seltener Frische und Gesundheit gewesen ist. Seit dem Februar 1906 machte sich eine Irregularität des Pulses bemerkbar. An 20. Juli 1906 fühlte sich die Patientin bei einem Abendbesuch schlecht. Zu Hause stellen sich Schmerzen im Epigastrium und galliges Erbrechen ein. Trotz Eingiessungen kein Stuhl. An Obstipationen hatte sie früher nie gelitten. Dieser Zustand dauerte bis zum 22. Juli. Auch nach hohen Oellavements erfolgte zuerst kein Stuhl, darauf erschienen Kotbröckelchen mit einer deutlich kotig verfärbten Flüssigkeit.

Kleine fettleibige Patientin, leichter Ikterus, Puls unregelmässig, aussetzend, ungleichmässig. Abdomen mässig aufgetrieben, weich, im Epigastrium sehr druckempfindlich, hier fühlt man eine geblähte aber sich nicht steifende Darmschlinge, unter der Leber ist eine undeutliche Resistenz palpabel. Temp. normal. Kein beständiges Erbrechen, gallig. Per rectum negativer Befund. Aussehen gut. Puls nicht beschleunigt ca. 86—90. Zum Abend steigern sich die Schmerzen derartig, dass die Patientin unruhig wird. Nach den Eingiessungen erfolgt kein Stuhl, keine Winde.

Laparotomie unter der Diagnose Darmokklusion ohne Beteiligung des Mesenterium. Bei der Eröffnung der Bauchhöhle liegt ein dickes mit diffusen Fettgewebsnekrosen, die das Aussehen runder Stearinflecken besitzen, bedecktes Netz vor. In der Bauchhöhle befindet sich freie, hellrote, blutige, klare Flüssigkeit, die sich von der hinteren Bauchwand her ergiesst. Der ganze Dünndarm ist schlaff, der zentrale Dünndarm ist injiziert und mässig gebläht. Die Peristaltik fehlt vollständig. Beim Anheben des Colon transversum und des Netzes erweist es sich, dass die Flüssigkeit von der Pankreasgegend herkommt. Die Serosa der hinteren Bauchwand ist hier dunkel rot verfärbt, die Radix mesenterii ist mit Fettgewebsnekrosen bedeckt. In der Gegend des Pankreas fühlt man einen derben Tumor, der hinter dem hämorrhagischen Peritoneum liegt. Es wird ein Tampon von der linken Bauchwand zur Wunde hinausgeführt. Die Bauchdecken werden vernäht. Die Patientin stirbt auf dem Tisch nach beendeter Operation. Die Sektion zeigte, dass es sich in beiden Fällen um eine Pankreaserkrankung handelte, die im ersten Fall mit einer Fettgewebsnekrose nur im Pankreas selbst, im zweiten Fall mit einer allgemeinen Fettgewebsnekrose verbunden war. Das Pankreas war im ersten Fall 22 zent., im zweiten Fall 23 zent. lang. Die ganze Umgebung war im ersten Fall oedematös, im zweiten Fall war sie mit hämorrhagischer Flüssigkeit ausgefüllt. Das Pankreas selbst war im zweiten Fall schwarzrot verfärbt mit weissen Flecken marmoriert. In der Cauda befand sich eine vollständig zerfallene Partie von ca. Wallnussgrösse. Im ersten Fall ist das Pankreas von Dr. S c h a b e r t pathologisch-anatomisch untersucht worden.

Aus der einschlägigen Literatur, die in der letzten Zeit sehr reichhaltig ist, ersieht man, dass sowohl die Diagnose, als auch die Aetiologie der Pankreaserkrankung noch nicht vollständig geklärt ist. Selbst K ö r t e, H a h n, S i m o n d s, R o b r o n haben nur Wahrscheinlichkeitsdiagnosen gestellt und eine Darmokklusion resp. Peritonitis nicht mit Sicherheit ausschliessen können. In der letzten Zeit sind in der W ö l f l e r'schen und G a r r è'schen Klinik vereinzelte Fälle unter der Diagnose Pankreasnekrose operiert worden. Wenn wir uns unseren Fällen zuwenden, so fällt es auf, dass beide Mal die schweren Okklusionserscheinungen bei fettleibigen Individuen plötzlich, nach einer Mahlzeit, bei gutem Aussehen, gutem, ruhigen Puls und normaler Temp. aufgetreten waren. In beiden Fällen war der Leib weich, was nebst dem guten Pulse und dem guten Aussehen gegen eine beginnende Peritonitis spricht. In beiden Fällen fehlte das kotige Erbrechen, und war das Erbrechen auch nicht beständig, wie bei einer Okklusion, sondern trat eigentlich nur im Anfang der Erkrankung auf, um sich später nur gelegentlich in geringem Masse zu wiederholen. In beiden Fällen fehlte die gesteifte Darmschlinge. In beiden Fällen vermisste man Anhaltspunkte zu einem Darmtumor, zu einer Gallensteinerkrankung, zu einer Darmokklusion mit Beteiligung des Mesenteriums. Gegen eine Koprostase sprach die Erfolglosigkeit der mehrfachen hohen Oeleingiessungen. Die Tatsache, dass man dieses Krankheitsbild unter keine der Okklusionsformen so recht unterbringen kann, muss die Vermutung wachrufen, dass es sich in solchen Fällen um Seltenheiten wie die Thrombose der Art. mesenterium oder um eine Pankreaserkrankung handelt.

Im zweiten Fall wiesen die Spuren von Zucker im Harn auf die letztere hin.

Die Aetiologie der Pankreasnekrose ist in der Literatur noch weniger geklärt, trotz der Versuche von L a n g e r h a n s, J u n g, H i l d e b r a n d t, D e t t m e r, M i l i s c h, K ö r t e, O s e r, H e s s, H a l s t e d, F u c h s, B u n g e, D o b e r a n e r und G u l e k e. Man hat durch Injektion von Oel, Galle, durch Unterbindung von Blutgefässen Pankreasnekrosen und Fettgewebsnekrosen erzeugt. G u l e k e hat die Pankreasdrüse in die Peritonealhöhle der Hunde implantiert und dadurch einen raschen Tod der Hunde infolge von Fettgewebsnekrosen und Vergiftung erreicht. Auch Trypsin in genügender Dosis wirkte tötlich auf die Hunde. Jedoch starben die Hunde nicht, die mit Trypsin immunisiert waren und denen dann das Pankreas implantiert wurde. So nimmt G u l e k e an, dass das Trypsin dasjenige Gift ist, das den Tod bei der Pankreasnekrose herbeiführt.

In der Therapie der Pankreasnekrose giebt es eine konservative Richtung: G e s s n e r, K ö r t e, R a s u m o w s k y, W a g n e r.

Es sind mehrere Krankengeschichten bekannt, aus denen man ersehen kann, das die Kranken im Kollaps entweder während der Operation oder nach derselben gestorben sind, und dieses Moment wird gegen die Operation angeführt. Man soll den akuten Anfall ins chronische Stadium mit Kampher, Kochsalz, Morphium, hohen Klystieren hinüberleiten und dann eine evtl. abgekapselte Eiterung, die infolge der Pankreasnekrose entsteht, operieren. (K ö r t e).

In der letzten Zeit mehren sich jedoch die Mitteilungen von erfolgreichen Operationen im akuten Anfall: H a h n, B u n g e, P e l s - L e u s d e n, D o b e r a n e r, E h r i c h, B o e h m. Und zwar ist die Tamponade der Bursa omentalis und der Pankreasgegend empfohlen worden, um das Pankreassekret nach aussen abzuleiten.

Der erste von unseren Fällen hätte vielleicht konservativ behandelt werden können, da die alten Verwachsungen infolge der chronischen Appendizitis, die Ausbreitung des Pankreassekrets offenbar verhinderten, und vielleicht auf diese Weise zur Abkapselung des Prozesses beigetragen hätten.

Jedenfalls lehren diese zwei Fälle, dass die Pankreasnekrose auch bei uns fernerhin nicht nur diagnostiziert, sondern auch rationell behandelt werden will.

Der vorgerückten Stunde wegen wird die Diskussion über den letzten Vortrag auf die nächste Sitzung verschoben.

d. Z. Sekretär. Dr. R. von S e n g b u s c h.

Tagesnachrichten.

Personalia.

— Am 5. Februar n. St. beging der berühmte Laryngologe und Direktor der III. medizinischen Klinik der Wiener Universität, Professor Dr. Leopold Schrötter Ritter v. Kristelli, seinen 70. Geburtstag. Der Jubilar hat das Verdienst die erste selbständige laryngologische Klinik i. J. 1870 in Wien errichtet zu haben, deren Leitung er bis zum Jahre 1890 inne hatte, um sie dann mit der neuerrichteten dritten medizinischen Klinik zu vertauschen. Trotz seiner aufreibenden Tätigkeit als Arzt, Forscher und Lehrer ist er leistungsfähig geblieben und hat sich ein reges Interesse für jede neue Erscheinung in der Medizin und Kunst bewahrt. In seiner Vaterstadt Graz wurde an diesem Tage an dem Hause in der Sporgasse 32 eine Gedenktafel enthüllt mit der Widmung: «In diesem Hause wurde am 5. Februar 1837 Hofrat Professor Dr. Leopold Schrötter Ritter v. Kristelli geboren».

— Der bisherige Direktor der Bezirksheilanstalt für Geisteskranke in Winniza (Podolien), Kollegienrat Dr. Kolotinski, ist zum Direktor der temporären Verwaltung der Moskauer Bezirksheilanstalt für Geisteskranke ernannt worden.

— Da die Besetzung des vakanten Lehrtuhls der therapeutischen Hospitalklinik an der Odessaer Universität auf dem Wege des Konkurses nicht zustande gekommen ist, so ist, wie der «R. Wr.» erfährt, zum Professor auf diesem Lehrstuhl der bisherige Warschauer Professor Dr. A. J. Schtscherbakow ernannt worden.

— Professor Robert Koch befindet sich in Entebbe am Viktoriasee (Ostafrika), wie aus einem Privatbrief hervorgeht, ganz wohl und glaubt, in voraussichtlich nicht mehr allzu langer Zeit seine Studien zur Erforschung der Schlafkrankheit beendigen zu können. Er lebt dort gegenwärtig unter Hunderten von Schlafkranken.

— Professor E. v. Behring (Marburg) sieht sich durch systematisch von Paris aus verbreitete und im Auslande wie in Deutschland weitergetragenen Gerüchte über seinen Gesundheitszustand veranlasst, in der Frankfurter Zeitung diese Ausstreuungen als höchst verächtliche Mache ausländischer Neider zu entlarven, die der Ruhm deutscher Wissenschaft und ihrer Vertreter nicht ruhen lässt. Behrings eigene Kundgebung, eine durch die Umstände erzwungenen Abwehr, liefert den unzweifelhaften Beweis, dass alle Nachrichten über seinen leidenden Zustand völlig aus der Luft gegriffen sind.

Nekrologe.

— Verstorben sind: 1) Am 24. Januar zu Wenden der frühere Direktor und Oberarzt des Stadtkrankenhauses in Riga, Staatsrat Dr. Otto Girgensohn im 74. Lebensjahre. Zu Oppekaln (Livland) als Sohn des dortigen Predigers geboren, besuchte er das Gymnasium in Riga und dann in Reval und bezog i. J. 1851 die Universität Dorpat, an der er mit Unterbrechung bis 1858 Medizin studierte und der Korporation «Livonia» angehörte. Seine Tätigkeit als praktischer Arzt begann er in den Kirchspielen Marienburg und Oppekaln, siedelte aber 1866 nach Pleskau über, wo er bis 1884 Gymnasialarzt und Ordinator am Landschaftshospital war. Während des türkischen Krieges leitete er ein vom Gouv. Pleskau ausgerüstetes Lazarett zu Birsula. Im Jahre 1884 übernahm er als Direktor die Leitung der Anstalten des Kollegiums der allg. Fürsorge zu Alexandershöhe bei Riga und blieb in dieser Stellung bis zum Jahre 1889, wo ihm nach dem Rücktritt Dr. Bochmanns die Direktion des Stadtkrankenhauses übertragen wurde. Leider zwang ihn schwere Krankheit i. J. 1899 seinen Abschied zu nehmen. Die letzten Jahre verlebte er in Wenden, wo der Tod auch seinen Leiden ein Ziel setzte. Der Hingeschiedene zeichnete sich durch Arbeitsfreudigkeit und grosse organisatorische Talente aus, die sich namentlich bei den schwierigen Verhältnissen in Alexandershöhe bewährten. Auch im gesellschaftlichen Leben erfreute er sich durch seine liebenswürdigen Umgangsformen und seine geselligen Talente, namentlich auch durch seinen schönen Gesang, allgemeiner Beliebtheit. 2) Am 1. Januar in Astrachan der dortige städtische Sanitätsarzt Dr. Jakob Maximow im 52. Lebensjahre nach 25-jähriger ärztlicher Tätigkeit. 3) Am 8. Januar in St. Petersburg der ältere Arzt am hiesigen Findelhause Staatsrat Dr. Wilhelm Kolessinski im Alter von 58 Jahren. Die Venia practicandi hatte er i. J. 1872 erlangt.

Von Universitäten und medizinischen Instituten.

— Der von uns bereits besprochene Konflikt zwischen den Studenten des II. Kursus der militär-medizinischen Akademie und dem Professor der Anatomie Schawlowski ist noch nicht beigelegt worden; es haben vielmehr die Studenten auf einem zweiten Meeting am 17. Januar beschlossen, ihre bisherige Taktik Prof. Schawlowski gegenüber beizubehalten, d. h. seine Vorlesungen nicht zu besuchen und bei ihm kein Examen zu machen.

— Im hiesigen klinischen Institut der Grossfürstin Helene Pawlowna haben im Lehrjahre 1905/6 an den ärztlichen Fortbildungskursen 211 Aerzte aus verschiedenen Gegenden des Reiches teilgenommen, darunter 115 Landschaftsärzte. Das Unterrichtsmaterial an Kranken war ein genügendes, da in dem Berichtsjahre die Zahl der stationären Kranken des Instituts 789 und die Zahl der Besuche der ambulatorisch behandelten Kranken 46,291 betrug.

— Der ausserordentliche Professor an der Universität Jena, Dr. Dietrich Gerhardt, ist zum ordentlichen Professor der medizinischen Poliklinik, der Kinderheilkunde und der Pharmakologie, sowie zum Direktor des pharmakologischen Instituts und der Kinderklinik der Universität Erlangen ernannt worden.

— Zum ordentlichen Professor und Direktor des anatomischen Instituts der Universität Greifswald ist an Stelle Professor Bonnets, der seine Lehrtätigkeit aufgiebt, der ausserordentliche Professor der Anatomie und Prosektor an der Universität Göttingen Dr. Erich Kallius berufen worden.

— Für die Errichtung einer neuen Universität in Louisville hat der bekannte amerikanische Krösus John Rockefeller 8 Millionen Mark in Aussicht gestellt unter der Bedingung, dass eine gleiche Summe von anderer Seite, die an der Gründung der Hochschule interessiert ist, aufgebracht würde. Die Universität von Louisville soll mit den geplanten Universitäten der Methodisten und Baptisten vereinigt werden, von denen die ersteren bereits eine Million zur Verfügung gestellt und die letzteren 1.200,000 Mark versprechen. Auch weitere Zuwendungen sollen für die Universität in sicherer Aussicht stehen.

Standesangelegenheiten.

— Die Gesammtzahl der Aerzte in allen fünf Weltteilen beträgt nach dem «Medical Record» 228,234, davon entfallen auf Europa 162,333 und zwar auf England 34,967, auf Deutschland 22,518, auf Russland 21,489, Frankreich 20,348, Italien 18,245. Auf 100,000 Einwohner kommen in England 78 Aerzte, in Frankreich 51, in der Türkei 18 Aerzte.

— Bewaffneter Ueberfall auf einen Arzt. In Odessa wurde der Ordinator der geburtshülflichen Klinik und ständige Arzt der Unfallstation Dr. J. Radezki um 9 Uhr abends per Telephon in die Wohnung eines Steuermanns Tokarew zur Leitung einer Geburt aufgefordert. Als nun Dr. R. nach längerem Suchen die Wohnung Tokarew's gefunden hatte, erfuhr er, dass die Inhaber der Wohnung im Auslande sind und kein Geburtshelfer nötig sei. Enttäuscht trat Dr. R. den Rückgang an, wurde aber im Hofe des Hauses von einem Unbekannten angehalten, der ihm einen Revolver auf die Brust setzte und «Ruhig, die Hände hoch!» zurief. Als der Doktor nun einen Schritt zurücktrat und selbst seinen Revolver zog und auf den Räuber richtete, ergriff dieser mit einem in der Nähe stehenden Kumpan die Flucht. Dergleichen Ueberfälle zwecks Beraubung häufen sich in letzter Zeit, wo sie unter dem modernen Namen «Expropriation» selbst unter der Intelligenz ihre Vertreter finden.

— Dr. K. Mylnikow, der hier bereits seit einem halben Jahre in Untersuchungshaft sich befindet, wird jetzt angeklagt,

dass er sich hier aufeinen gefälschten Pass hin aufgehalten habe. («Towar.»).

— Der Leiter des Kiewer städtischen Sanitätsbureaus, Privatdozent Dr. A. Kortschak-Tschepurkowski und Dr. N. Scharow sind der «Strana» zufolge auf Anordnung des Gouverneurs Kurlow aus dem Kommunaldienst entlassen worden, weil sie während der vorigen Wahlen der Partei der Kadetten angehörten.

— Ausgewiesen ist wegen politischer Umtriebe aus dem Wjatkaschen Gouvernement der Bergwerksarzt Dr. W. Odinzow.

Vereins- und Kongressnachrichten.

— Der Gesellschaft praktischer Aerzte zu Riga hat Professor Dr. E. v. Bergmann (Berlin) für das ihm zum 70. Geburtstag durch eine Deputation übersandte Ehrenmitgliedsdiplom in nachstehendem Schreiben seinen Dank ausgedrückt.

Berlin, den 28. Dezember 1906.

An die

Gesellschaft praktischer Aerzte zu Riga.

Wenn heute ein Geist herniedersähe, wie würde sich da mein Urgrossvater Liborius v. Bergmann über die Worte freuen, mit welchen Sie, hochgeehrte Kollegen, seinen Urenkel zu Ihrem Ehrenmitgliede ernannt haben! Einen schöneren und edleren Patriotismus, als ihn einst der Behrens'sche Kreis, zu dem mit Schwartz und Wilpert auch mein Urgrossvater gerechnet wurde, gepflegt hat, hat es nach Herders Zeugnis in keiner Stadt gegeben.

Was von den Alten auf die Jungen übergegangen ist, hat in den schweren Kämpfen unserer heutigen Tage diese ausgezeichnet. Wie viel ist dieser ältesten ärztlichen Gesellschaft in den Ostseeprovinzen Russlands aufgegeben worden, und wie unermüdet ist sie ihren Aufgaben gerecht geworden! Ich rechne es mir zur Ehre an, dass gerade diese Gesellschaft mich an meinem Ehrentage in ihren Kreis aufgenommen hat. Viel ist mir ja gespendet, geschenkt und gesagt worden, aber die Worte aus der Geburtsstadt und der Stätte hervorragender Wirksamkeit meiner Väter sind mir doch am meisten zu Herzen gegangen.

Möchte es Ihnen vergönnt sein, mit Ihrem Ernst und Eifer die Fahne der baltischen Heimat hoch zu halten und Ihre Widersacher einst zu zwingen, die Früchte Ihrer Arbeit anzuerkennen.

Ich danke Ihnen für das so wundervoll ausgestattete Diplom, für die Sendung Ihres Vorsitzenden und Sekretärs zu meiner Beglückwünschung und für den Geist der Anhänglichkeit, der liebenswürdigen Erinnerung sowie der treuen Kollegialität.

E. v. Bergmann.

— Der 36. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie wird in diesem Jahre vom 3.—6. April n. St. in Berlin im Langenbeckhause stattfinden. Die Ankündigungen von Vorträgen und Demonstrationen sind bis zum 3. März n. St. an Professor Dr. Riedel in Jena zu richten. Zur Besprechung auf dem diesjährigen Kongress sind folgende Themata vorgemerkt: 1) Die Chirurgie des Herzens resp. des Herzbeutels (Herr Rehn). — 2) Lungenchirurgie (Herr Friedrich). — 3) Die Exstirpation der Prostata (Herr Kümmel). — 4) Oberschenkelbrüche (die Herren Bardenheuer und König). Einen Tag vor der Zusammenkunft des Chirurgenkongresses, also am 2. April n. St. wird ebenfalls im Langenbeckhause in Berlin der 6. Kongress der Deutschen Gesellschaft für orthopädische Chirurgie tagen. Vorträge sind bis zum 1. März n. St. bei dem Professor Dr. Joachimsthal, Berlin W., anzumelden.

— Der 24. Kongress für innere Medizin findet in diesem Jahre vom 15.—18. April n. St. unter dem Vorsitz des Professors v. Leyden in Wiesbaden statt. Am ersten Sitzungstage wird über «Neuralgien und ihre Behandlung» (Referent Prof. Schultze-Bonn) verhandelt werden.

— Der Feldscher-Kongress in Moskau ist am Ende der vorigen Woche geschlossen worden. Die Kongressmitglieder beschlossen im Hinblick auf die schwere ökonomische und rechtliche Lage der Feldscher einen Allrussischen Verband von Aerztegehülfen in's Leben zu rufen.

Verschiedene Mitteilungen.

— In Wien erscheint seit dem Beginn dieses Jahres eine neue Halbsmonatsschrift unter dem Titel: «Gynäkologische Rundschau». Als Redakteur zeichnet Dr. O. Frankl.

— In der Schweiz soll, wie ein englisches medizinisches Blatt erfährt, beschlossen sein, die Arzneistoffe aus der Zahl der Gegenstände, auf welche ein Patent erteilt werden kann, zu streichen.

— Am 28. Januar hat die Einweihungsfeier und Eröffnung der Livländischen Heil- und Pflegeanstalt für Geisteskranke in Stackeln stattgefunden. Es ist erfreulich, dass Livland endlich eine auf der Höhe der Anforderungen der modernen wissenschaftlichen Psychiatrie stehende Irrenanstalt erhalten hat. Eine ausführliche Beschreibung der Anstalt mit erläuternden Plänen) aus der Feder des Direktors Dr. Albert Behr finden die Leser in den Numern 7, 8 und 9 des vorigen Jahrganges unserer medizinischen Wochenschrift.

— Der Medizinalrat hat angeordnet, dass die Temperatur in den Unterrichtsräumen der Lehranstalten vor Beginn der Stunden, sowie in den Erholungs- und Speisesälen nicht unter 14 und nicht über 15 Grad R. betragen darf. Die Temperatur in den Schlafräumen kann 13 Grad betragen.

Bf.

— Die Gesamtzahl der Kranken in den Zivilhospitälern St. Petersburgs betrug am 20. Jan. d. J. 12507 (160 mehr als in der Vorwoche), darunter 835 Typhus — (12 mehr), 1227 Syphilis — (0 mehr), 441 Scharlach — (14 mehr), 252 Diphtherie — (4 mehr), 141 Masern — (1 wen.), und 16 Pockenkranke — (3 mehr als in der Vorw.).

— Die Gesamtzahl der Sterbefälle in St. Petersburg betrug in der Woche vom 14. bis zum 20. Jan. d. J. im ganzen 1027 (556 M., 471 W.), darunter an folgenden Krankheiten:

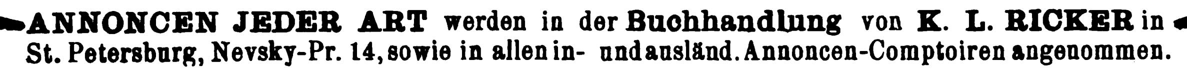
Typhus exanth. 0, Typhus abdom. 25, Febris recurrens 1, Typhus ohne Bestimmung der Form 1, Pocken 0, Masern 30, Scharlach 30, Diphtherie 23, Croup 0, Keuchhusten 2, Croupöse Lungenentzündung 55, Erysipelas 7, Grippe 24, Katarrhalische Lungenentzündung 119, Ruhr 0, Epidemische Meningitis 0, Akuter Gelenkrheumatismus 0, Parotitis epidemica 0, Rotzkrankheit 0, Anthrax 1, Hydrophobie 0, Puerperalfieber 0, Pyämie und Septicaemie 16, Tuberkulose der Lungen 139, Tuberkulose anderer Organe 24, Alkoholismus und Dilirium tremens 6, Lebensschwäche und Atrophia infantum 68, Marasmus senilis 40, Krankheiten des Verdauungskanals 90, Totgeborene 38.

✦ Nächste Sitzung des Vereins St. Petersb. Aerzte: Dienstag, d. 6. Febr. 1907.

Tagesordnung:

Fick: Ueber Dauerresultate der chirurgischen Therapie des Ulcus ventriculi.

✦ Nächste Sitzung des Deutschen ärztlichen Vereins: Montag, d. 12. Febr. 1907.




ANNONCEN JEDER ART werden in der **Buchhandlung** von **K. L. RICKER** in St. Petersburg, Nevsky-Pr. 14, sowie in allen in- und ausländ. Annoncen-Comptoiren angenommen.

SPEZIALPRÄPARATE MARKE „ROCHE"

Airol · *Digalen* · *Thiocol* · *Thiocol-tabletten*

Sirolin

die idealste Form der Guajacol-Therapie.

Wohlriechender, angenehm schmeck. Sirup.

Tuberkulose, Keuchhusten, allgem. Schwächezustände, Skrophulose, Influenza.

Warnung! Sirolin ist nur echt, wenn jede Flasche mit unserer Firma versehen ist.

Protylin

Phosphoreiweiss m. 2,6% entgift. Phosphor.

Leicht resorbierb., völl. unschädl. f. d. Darmtrakt. Neurosen, Hysterie, senil. Marasmus, Cachexie.

Eisen-Protylin (Eisengeh 2,3%), b. **Chlorosen** u. **Anaemie.**

Brom-Protylin (Bromgehalt 4%, org. geb.), bei **Neurosen.**

Originalpackungen von 25, 50, 100, 250 gr. und Tabletten à 0,25 gr. in Cartons à 100 Stück.

Asterol · *Arsylin* · *Thigenol* · *Sulfosot-sirup*

Muster und Literatur zur Verfügung.

F. HOFFMANN-LA ROCHE & CIE, BASEL (SCHWEIZ), GRENZACH (BADEN)

NATÜRLICHE MINERALWÄSSER **VICHY** Die Quellen gehören der Französischen Regierung.

Man hüte sich vor Nachahmungen und bezeichne genau die Quelle.

VICHY CÉLESTINS	Nieren-, Harnblasen-, Magen-Krankheiten.
VICHY GRANDE GRILLE	Leber- und Gallenblasen-Krankheiten.
VICHY HOPITAL	Krankheiten der Verdauungs-Organe, des Magens und der Därme. (55) 17—13.

„Вегетаріанка"

„Я никого не ѣм!"

365 вегетар. **меню** 1000 рецептов.

Продается в **главн. книжн. магазин.**

Цѣна въ роскошном. переплетѣ 3 р.

Складъ изданія
СПБ. Фонтанка 127, кв. 7

Высылает. наложеным. платежем.

Avis für praktische Aerzte!

Soeben erhalten
komplette Sätze und einzelne Teile von

Stau- und Saug-Apparaten

Modelle der königl. Chir. Universitäts-Klinik Bonn, nach Prof. Biers und Dr. Klapps Methode,

zur schmerzlosen Ausheilung, in schonendster Weise, ohne Schnitt und Drainage, auf dem einfachen Wege des Saugens, von verschiedenerlei entzündlichen Erkrankungen (Furunkel, Karbunkel, Abszesse, Bubonen, Tonsillen, Fistel, Mastitis, Panaritien, Gonorrhoe etc.).

Illustriertes Preisverzeichnis nebst kurzer Gebrauchsanweisung u. Auswahl der einschlägigen Fachliteratur wird an Reflektanten gratis verabfolgt.

Const. Malm,

St. Petersb. Morskaja, 34. **Telephon № 1392.**

Hôtel und Pension Hammerand

WIEN, VIII.

Verlangen Sie illustrierte Preiskourants gratis und franko.

Eine geisteskranke Dame oder ein Herr oder auch zurückgebliebene Kinder finden freundliche Verpflegung bei Frau Pastor E. v. Johanson, früher Oberin in einer Irrenanstalt. Adr. Riga, Nicolaistr. Nr. 52, Q. 5.

Im Deutschen Alexander-Hospital wird Nachweis erteilt über zur Zeit dienstfreie Pfleger und Pflegerinnen für die private Krankenpflege (gegen Zahlung von 50 Kop.)

Adressen von Krankenpflegerinnen:

Frl. Pauline Winkel, Конногвардейскій переулокъ 4, кв. 2.

Herausgeber Dr. Rudolf Wanach. Buchdruckerei v. A. Wienecke Katharinenhofer Pr. № 15.

XXXII. JAHRGANG. ST. PETERSBURGER Neue Folge XXIV. Jahrg.

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Redaktion von

Prof. Dr. Karl Dehio. Dorpat.

Dr. Johannes Krannhals. Riga.

Dr. Rudolf Wanach. St. Petersburg.

Die „St. Petersburger Medizinische Wochenschrift" erscheint jeden Sonnabend.—Der Abonnementspreis ist in Russland 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr inkl. Postzustellung; in den anderen Ländern 20 Mark jährlich, 10 Mark halbjährlich. Der Insertionspreis für die 3mal gespaltene Zeilen in Petit ist 20 Kop. oder 45 Pfen.—Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt. —Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.

Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate bittet man ausschliesslich an die Buchhandlung von K. L. Ricker in St. Petersburg, Newsky-Prospekt № 14, zu richten. — Manuskripte sowie alle auf die Redaktion bezüglichen Mitteilungen bittet man an den geschäftsführenden Redakteur Dr. R. Wanach in St. Petersburg, Petersb. Seite, Alexandrowski Pr. 6 zu richten. Sprechst. Dienstag, Donnerstag und Sonnabend 5—6.

№ 6 St. Petersburg, den 10. (23.) Februar. 1907.

Zur Therapie des Scharlach spez. der septischen Formen.

(Vortrag, gehalten in der med. Gesellschaft zu Dorpat).

Von

Dr. Alfons Kramer.

M. H. Wenn ich Sie bitte, mir heute Gehör zu schenken, so tue ich es weniger im Glauben Ihnen etwas absolut Neues zu bieten, als vielmehr, weil ich Sie bekannt machen möchte mit der von mir seit Jahren angewandten Methode der Scharlachbehandlung, speziell der septischen Formen desselben — einer Methode, die ich aus verschiedenen Angaben in der Literatur und aus eigenen Kombinationen mir zusammengestellt habe.

Zuerst werde ich mir erlauben, Sie mit den Erfahrungen verschiedener Autoren auf diesem Gebiet bekannt zu machen.

Wenden wir uns zunächst zur Prophylaxe des Scharlach, so möchte ich hier zweier Arbeiten Erwähnung tun, der von Gabritschewsky und der von N. Lagow. Gabritschewsky's (Русскій Врачъ 1906 № 16) Arbeit lautet: Scharlachvaccine und die Frage der Spezifitas der Scharlachstreptokokken. G. versuchte die Vaccine erst an sich und dann an Patienten, die Vaccine ist eine eingedickte Bouillon von Streptokokken welche von Scharlachkranken gewonnen und durch Erhitzen auf 60° getötet wurden, unter nachherigem Zusatz von 0,5% Karbol. In jedem Kubikzentimeter sind 0,02—0,08 Cbcm. eines Niederschlages der Bakterienmasse enthalten, welcher sich durch starkes Zentrifugieren bildet; 0,02 Cbcm. eines solchen Niederschlages entspricht 0,005 Gramm des Trockenrückstandes. Die Vaccine wird nach gründlichem Schütteln ins Unterzellgewebe des Rückens oder Bauches eingespritzt zuerst zu 0,5 Gramm (bei Kindern von 2—10 Jahren) darauf aber in Intervallen von 7—10 Tagen noch 2 mal eingespritzt, wobei die Dosis jedesmal um 1½—2 mal vergrössert wird je nach der Reaktion. Bei erhöhter Körpertemperetur wird die Vaccine nicht eingespritzt. Die Anwendung derselben an mehr als 700 Kindern hat gezeigt, dass sich die immunisierende Wirkung augenscheinlich bewährt. Ausserdem hat noch Langhof darauf hingewiesen, dass in 13,3% der Fälle sich nach der Injektion ein feiner punktförmiger Ausschlag bildet, doch ohne nachfolgende Schilferung. Auch Erbrechen ist beobachtet worden.

N. Lagow veröffentlicht im Русскій Врачъ: Beobachtungen über die Wirkungen der Scharlachvaccine: Die im Kinderhospital des Heil. Wladimir in Moskau ausgeführten Versuche wurden an Kindern vorgenommen, die ihrer Krankheit nach zu urteilen längere Zeit im Hospital bleiben sollten, und die man vor einer Scharlachinfektion zu schützen suchte; in 68,3% der Fälle beobachtete man folgendes Bild: 4—8 Stunden nach der Injektion stieg die Temperatur, um 0,3—0,8%, selten erhob sie sich über 38%; nach 24 Stunden stellten sich Schmerzen und Rötung um die Injektionsstelle ein, welche einen Diameter von 15 Zent. hatte, und 1—3 Tage anhielt; nach der zweiten Injektion waren die Erscheinungen geringer und nach der III. fehlten sie ganz. Die Injektionen wurden in wöchentlichen Intervallen vorgenommen — das Resultat war befriedigend.

Einen sehr breiten Raum in der Literatur nimmt in den letzten Jahren die Serumtherapie ein; es ist auf diesem Gebiet sehr viel gearbeitet worden und es sind die verschiedensten Sera benutzt worden; ich kann mich aber des Eindruckes nicht erwehren, dass wirklich positive Resultate herzlich wenig vorliegen. Aber lassen wir die Autoren selbst reden.

Mendelsohn Ther. Mon. 1905 S. 321 hat 144 Fälle mit dem Aronsohn'schen Serum behandelt, hat die gewöhnlichen Nebenerscheinungen gesehen, (wie Spritzexantheme, Gelenkaffektionen, letztere in 10 Fällen) mit folgendem Resultat: Eine wesentliche Beeinflussung der Scharlachsymptome hat sich nicht gezeigt — die Fieberkurve zeigte keine Abweichung von der gewöhn-

lichen Form nur zuweilen sah er tiefe Remissionen. Das Exanthem war bei den in den ersten Tagen gespritzten Fällen gewöhnlich am 5.—7. Tage abgeblasst, im Rachen hat er einige mal auffallende Besserung gesehen; maligne und septische Fälle (7 und 10) konnten nicht gerettet werden.

Ganghofer hat 15 schwere Fälle mit 10—30 Kubikzent. Aronsohn'schen Serum behandelt — ohne Einwirkung; von den 15 starben 7 (46%). Er beobachtete in den ersten Stunden ein beträchtliches Sinken der Temperatur — später stieg dieselbe indess wieder: ferner behandelt er 8 schwere Fälle mit dem Moser'schen Serum, davon sterben 5 (also 62%).

In der Medizina veröffentlichten W. Palmirsky und B. Zabroffsky ihre Erfahrungen über Scharlach in bakteriologischer Beziehung und über ein antiskarlatinöses Serum — Refer. in d. Ther. Monat. 1905 S. 368. Im ersten Abschnitt der Arbeit versuchen die Autoren die Spezifizität des Streptococcus conglomeratus bei den Scharlachinfektionen nachzuweisen; als Beweis werden bakteriologische Befunde in 17 Fällen angeführt, von denen in 15 Fällen der Streptococcus conglomeratus bei der Necropsie in den inneren Organen nachgewiesen werden konnte; allerdings heben die Autoren selbst hervor, dass eine genaue Differenzierung des Streptococcus conglomeratus mit andern zu dieser Gruppe gehörenden Mikroben nicht genau durchführbar ist, so dass sie selbst raten, um ein wirksames Serum zu erhalten sich Streptokokken verschiedener Abstammung zu bedienen. Mit diesem nun gewonnenen Serum wurden c. 1000 Kinder behandelt — genaue Aufzeichnungen sind aber nur von 144 im Warschauer Kinderhospital behandelten Kindern vorhanden; davon starben 20 (15%) während auf gleich schwere Fälle ohne Serumbehandlung angeblich nach Palmirsky u. Zabrowsky c. 60% Mortalität kommen (?) Nierenentzündungen traten bei 3% auf. — (Moser berechnet nach Injektion mit seinem eignen Serum c. 13% Mortalität). Die Injektionsmenge beträgt c. 25 Cbcm. und glauben beide Autoren eine sichere Einwirkung des Serums auf den Verlauf der Krankhelt konstateiren zu können.

Moser nimmt das Herzblut von an Scharlach gestorbenen, züchtet Reinkulturen in Bouillon, und injiziert sie Pferden. Dieses Pferdeblutserum hat er mit günstigem Erfolge 81 Kranken injiziert, und zwar 180 Cbcm. Er erzielte eine Mortalität von 13%.

In dem Ther. Monatshefte 1906 Nr. XII. findet sich ein Referat über eine Dissertation von Klasske über die Wirkung des Aronsohn'schen Serums bei einer Hausepidemie; es handelte sich um 3 leichte Fälle, die auch ohne Serum genasen, und drei septische Fälle, von denen der erste ohne Serum unter denkbar schwersten Erscheinungen starb; bei den 2 andern eben so schweren Fällen wurde Aronsohn'sches Serum angewandt — mit glänzendem Resultate.

Rumpel hat weder mit Rekonvaleszentenserum noch mit dem Aronsohn'schen Serum ermutigende Resultate erzielt, wahrend Engel-Berlin einen sehr schweren Fall mit normalem menschlichen Serum mit sehr gutem Resultate behandelt hat. Menschikoff Ther. Monatsh. 1906, S. 253 hat 30 Fälle mit Serum behandelt, glaubt eine günstige Wirkung beobachtet zu haben, giebt aber zu, dass bei sehr schweren Fällen das Serum versagt. — Es liessen sich noch eine Reihe von Autoren anführen, überall aber haben wir das gleiche Bild — auf die leichten Fälle scheinen die verschiedenen Sera Einfluss zu haben, bei den malignen und septischen Formen versagen sie aber ausnahmslos — und gerade die schweren Fälle sind es doch, denen wir fast machtlos gegenüberstehen, und wo wir dringend einer brauchbaren Behandlungsmethode bedürfen.

Was die prophylaktischen Medikationen gegen die Nephritis anbetrifft, so möchte ich folgende erwähnen: Preisich-Budapest (Therapie der Gegenwart 1905 Maiheft) beobachtete die Wirkung von Urotropin auf die Entstehung der Nephritis, von 600 Fällen mit Urotropin behandelten erkrankten 55 d. h. 9,16%, von 600 Fällen ohne Urotropin erkrankten 82 — (13,66%). Er gab die ersten 3 Tage 3 mal täglich, nach einer Pause von 14 Tagen wieder 3 mal täglich. Dagegen ist Garlip (Med. Klin. Nr. 32) auf Grundlage seiner Erfahrungen durchaus entgegensetzter Meinung. — Ferner empfiehlt Tobeitz (Ther. Mon. 1902 S. 412) als Prophylaktikum gegen die Nephritis Ol. terebinthini 15—20 Tropfen mit Milch — leider sind mir keine Nachprüfungen zu Gesicht gekommen; besonders ermutigend zur Nachprüfung halte ich diese Methode aber kaum.

Im Nachfolgenden will ich eine Behandlungsmethode schildern, die ich mir im Lauf der Jahre ausgebildet habe, und seit deren Anwendung ich eine ganz bedeutende Herabsetzung der Mortalität habe feststellen können. Den Anlass zur Ausbildung meiner Methode gab mir ein ganz besonders schwerer Fall den ich hier in Kürze referieren werde.

Alexandra S. 5 Jahre alt erkrankte am 15. Februar 1904 mit den gewöhnlichen Symptomen des Scharlach, Erbrechen, Halsschmerzen, hohen Temperaturen — Exanthem. In den ersten Tagen wandte ich die gewöhnlichen Jodpinselungen, Gargarismata, Kompressen um den Hals, leichte Abführung etc. an.

Am 3. Krankheitstage erreichte die Temperatur 39,9 am 5. eine Morgentemperatur von 38.2. Dann aber fing die Temperatur an, kontinuierlich in die Höhe zu gehen, gleichzeitig erreichte der Puls eine Frequenz von 164 in der Minute; Patientin wurde sehr unruhig, delirierte, nahm nichts zu sich, weder Pinselungen, noch Gargarismata konnten in Anwendung gebracht werden — die Zunge war trocken, rauh und belegt, Kot- und Urinentleerung erfolgten spontan ins Bett — kurz — der Zustand war ein recht bedenklicher. Nach einem Konsilium mit H. Prof. Dehio wandte ich auf seinen Rat Einblasungen mit Jodol (Jodol 9,0, Sach. alb. 1,0) an, die leichter appilizierbar waren als die Pinselungen und zwar nach der Originalvorschrift mit Federpose und Gummischlauch; aus hygienischen Gründen ging ich aber alsbald auf den gewöhnlichen Pulverisator über, dessen Handhabung ganz wesentliche Vorteile gegenüber der Originalvorschrift darbietet — vor allem verteilt sich das Pulver bedeutend besser im Rachen. Die Temperatur stieg aber weiter, ebenso die Pulsfrequenz, die Erscheinungen wurden immer bedrohlicher; die Temperatur stieg auf 40,0 da entschloss ich mich, eine Serumeinspritzung zu machen; der nächste Effekt war ein Heruntergehen der Temperatur und eine leichte Besserung der Allgemeinsymptome. Am 5. Tage nach der Injektion war die Temperatur Morgens auf 38,1 heruntergegangen, aber schon am Abend stieg sie recht beträchtlich, und 2 Tage später erreichte sie 40,4 Gleichzeitig war der Puls 158, kaum fühlbar, Haut und Zunge trocken und rissig, starke Delirien, Jaktationen kurz, ich hatte den Eindruck einer schweren septischen Form deren tötlicher Ausgang sich mit ziemlicher Sicherheit voraussagen liess. Weder Wein noch Cognac waren imstande, die Erscheinungen zu bessern.

Da entsann ich mich einer Veröffentlichung von Hörschelmann-Rappin (cf. St. Petersb. Med. Woch. 1904); derselbe hatte auf Grundlage einer Veröffentlichung von Barrows (Referat in der Ther. Mon. 1903, S. 159 u. 213) welcher einer Patientin mit schwerem Puerperalfieber eine 1:5000% Lösung von Formalin mit eklatantem Erfolg intravenös injiziert hatte, in einem ähnlichen Falle analog behandelt, d. h. 8 Tropfen For-

malin in einem Klysma appliziert — auch mit glänzendem Erfolg.

Ferner entsann ich mich einer Publikation von Wernitz-Odessa — im Zentralblatt für Gynäkologie, in welcher er bei Puerperalsepsis dringend Dauerklysmata befürwortet. Ich beschloss beides zu kombinieren — und applizierte ein Dauerklysma mit 2 Tropfen Formalin Schering: Der Erfolg war ausgezeichnet, die Temperatur sank in wenigen Stunden unter starkem Schweissausbruch auf 38,4 der Puls besserte sich bedeutend, das Bewusstsein kehrte wieder, Patientin verlangte nach Wasser und schlief die ganze Nacht ruhig und tief. Da trotz bedeutender Besserung des Allgemeinbefindens die Temperatur den nächsten Abend wieder auf 38,9 stieg, liess ich wieder ein Dauerklysma mit einem Tropfen Formalin applizieren, und wiederholte das täglich weiter. Die Temperatur sank Morgens bis 37,5, um Abends nicht 38,7 zu übersteigen.

Langsam besserte sich auch dieses, und näherten die Temperatur sich allmählich immer mehr der Norm; am 22. Krankheitstage beschloss ich Formalin auszusetzen, die Temperatur stieg Abends auf 39,0, den nächsten Tag (ohne Formalin) auch auf 39,0 — ich gab wieder Formalin, und die Temperatur erreichte Abends nur noch 37,7; c. 10 Tage setzte ich noch Formalin fort — dann blieb die Temperatur normal — die Rekonvaleszenz setzte ein — und das Kind war gerettet.

Betrachten wir jetzt die Temperaturkurve, so können wir aus ihr auch ohne viel Erläuterungen recht übersichtlich den Verlauf der Krankheit verfolgen — zunächst ein allmähliges, von einigen tieferen Remissionen unterbrochenes Steigen der Temperatur konstatieren. Am 9. Krankheitstage zeigt der Thermometer eine Morgentemperatur von 40,0; es erfolgt die Seruminjektion, und im Anschluss an sie ein lytisches Heruntergehen — am 14. Krankheitstage zeigt die Kurve eine steigende Tendenz, am 15. Tage 40,4. — Nach dem Formalinklysma ein kritischer Abfall bis 38,4 (binnen wenigen Stunden also 2°)! Bis zum 22. Tage bei täglichem Formalinklysma halten sich die Temperaturen zwischen 37,5—38,5. Am 22. und 23. Tage wird Formalin ausgesetzt — die Abendtemperatur schnellt auf 39° herauf. Darauf noch Formalin — und die Temperatur erreichte allmählich die Norm.

In den ersten Tagen der Formalinanwendung durchstöberte ich die mir zugängliche Literatur nach weiteren Angaben über Formalinverwendung, und fand mehrere Publikationen, nicht analog denen von Barrows und Hörschelmann, aber über ein anderes Präparat — das „Formamint“.

Rosenberg-Berlin hatte nachgewiesen, dass Formalindämpfe sehr schnell in den Blutkreislauf übergehen (schon nach einer Stunde war bei Personen, die sich nur kurze Zeit in einem mit Formalindämpfen angefüllten Zimmer aufgehalten hatten — Formalin im Urin nachweisbar gewesen). Auf Grundlage dessen hatten verschiedene Autoren Formalin auch innerlich angewandt, so bei Scharlach, Diphtherie, Erisypel-Cystitis.

Ueber Formamint führt Rheinbold (Kissingen) (Ther. M. 1906 — Seite 307) ungefähr aus: Als Formamint wird eine Verbindung von Formaldehyd mit Milchzucker bezeichnet. Nach den bisherigen Erfahrungen scheint Formamint als lokaler Desinficiens für die Mundhöhle und die oberen Luftwege viel und mit Erfolg angewandt zu werden. Aus Rheinbold's Untersuchungen geht hervor, dass das Formamint im Organismus sich wesentlich anders verhält, als freies Formaldehyd und es daher möglich, dass es für die innere Formaldehydtherapie eine besondere Rolle spielt. Was die Erkrankungen der Mundhöhle-Angina etc. anbetrifft, so kann Rheinbold die günstigen Erfahrungen die Seifert (Pharmak.-therap. Rundschau. 1905, Nr. 14) erzielte, durchaus bestätigen. Die Formamintabletten üben eine ausgezeichnete desinfektorische und keimtötende Wirkung auf den Speichel aus, und sind überall angezeigt, örtlich im Bereich der vom Speichel bespülten Teile der Mundhöhle und des Pharynx keimtötend zu wirken.

Zwillinger (Ther. Mon. 1905, S. 520) veröffentlicht einen Bericht über die therapeutische und prophylaktische Wirkung der Formamintpastillen, er hat bei Rachenerkrankungen keinerlei weitere Medikationen in Anwendung gebracht, und mit den Pastillen ausgezeichnete Erfolge erzielt. Bei Scharlach beobachtete er meist am 3.—4. Tage einen Temperaturabfall; er gab anfangs stündlich später etwas seltner, ferner hat er 10 Diphtheriefälle damit behandelt, die ersten 5 Fälle in Kombination mit Serum, die zweiten 5 ohne Serum — mit gutem Resultate.

Von weiteren Empfehlungen möchte ich noch die von Dr. Ludwig Hesse und Jacobsohn (Ther. Mon. 1904, S. 438 — nennen, und ferner eine von Robert in der Milit.-Med. Woch. 1905, Nr. 5) gegen Bronchitis foetida.

Aus diesen Publikationen scheint hervorzugehen, dass das Formamint ein wirklich brauchbares Mittel bei Erkrankungen der Mundhöhle und der oberen Luftwege ist — und kann ich das aus meinen eignen Versuchen und Erfahrungen nur vollauf bestätigen. Ich habe Formamint bei Scharlach in 20 Fällen, bei Diphtherie in 7, bei andern Angina-Formen in 18 — im ganzen also in 45 Fällen mit ganz ausgezeichnetem Erfolg benutzt. Binnen wenigen Tagen trat eine Abschwellung der Tonsillen ein, die Membranen stiessen sich ab, die Temperatur sank — und vor allem — ich habe unter diesen 45 zum Teil recht schweren Fällen nicht einen einzigen Todesfall erlebt!

Wenn ich nun alles zusammenfasse, so besteht meine Behandlung spez. des Scharlach kurz in folgendem: Neben den allgemeinen Vorschriften über Luft, Licht etc. lasse ich vom ersten Tag an stündlich eine Formamintablette geben — die der Patient langsam im Munde zergehen lassen muss. Vom 3.—4. Tage an 2—3 stündlich — solange, bis die Temperatur normal geworden ist, resp. die Tonsillen keinerlei pathologische Befunde aufweisen. Ferner lasse ich per Pulverisator 3-stündlich Jodol-Zucker-Einblasungen machen, lege von vornherein warme Kompressen um den Hals — und lasse, sobald ich den Eindruck einer septischen Mischinfektion habe — Dauerklystiere einer Kochsalzlösung mit Formalin Schering (1—3 Tropfen je nach dem Alter der Kinder) applizieren. Ausserdem verordne ich recht strenge Diät — bestehend aus Milch und Reisschleim.

Ziehen wir das Fazit des Ganzen, so glaube ich wohl konstatieren zu dürfen, dass wir mit der Einführung des Formaldehyd (sowohl in der Form des Formamint als von Formalin Schering) in die Behandlung des Scharlach und spez. seiner septischen Formen einen bedeutsamen Schritt vorwärts gekommen sind.

Der Vollständigkeit halber möchte ich noch eine Arbeit von Neelow (im Журналъ акушерства и женск. бол. 1906, Nr. 10) erwähnen. Neelow berichtet über die Anwendung von Collargol bei septischen Erkrankungen; er hat 4 Fälle von schwerer Sepsis; der erste Fall war ein 20-jähriger Mann, bei dem Streptokokken im Blut gefunden wurden; es wurden 5 Cbcm. einer 1% Collargollösung intravenös injiziert, später noch 10 und 8 Cbcm. im ganzen 5 mal — der Mann genas. Im II. Fall lag eine puerperale Pyaemie vor, es wurden erst Antistreptokokkenserum und Einreibungen mit Ungt. colloid. Credé gemacht, späterhin intravenöse Injektionen einer 2% Lösung von Collargol; im III. Falle handelt es sich um Sepsis nach einer

Frühgeburt, wobei die Temperatur 42,5 erreicht hatte, hierbei wurden Collargolklysmata in 2% Lösung angewandt — auch im 4. Fall kam eine 2% Lösung in Klysmaform in Anwendung. Alle 4 Patienten genasen.

Protokolle des Vereins St. Petersburger Aerzte.

Sitzung am 17. Oktober 1906.

1. Küttner: referiert über 1 Fall von Atresia hymenalis. 2 Fälle von Pubiotomie.

Diskussion:

Luchsinger spricht sich gegen die Verwendung der Bum'schen Nadel aus, da bei ihrer scharfen Spitze Blasenverletzungen möglich sind, auf deren Gefährlichkeit schon Rühl hingewiesen hat. Man muss sich bei Vornahme der Operation streng an die Döderlein'schen Vorschriften halten.

Bohnstedt berichtet im Anschluss an den Fall von Atresia hymenalis über einen ähnlichen Fall aus dem Peter-Paulhospital. Es handelte sich um ein 14-jähr. Mädchen, der Tumor reichte bis einfingerbreit unterhalb des Nabels. Da die Tuben intakt waren, (es bestand nur Hämatometra und Hämatokolpos), so konnte die Operation am ersten Tage beendet werden. Es wurde per Troicart punktiert, sofort mit der Scheere erweitert, das Hymen excidiert. Der Verlauf war glatt. Die Patientin wurde am 10. Tage entlassen. In einem anderen Falle, den Bohnstedt beobachtet hat, handelte es sich um eine Atresia Vaginae bei Beteiligung beider Tuben. Der Fall wurde im Nikolai-Militärhospital operiert, in einer Sitzung, und die Pat. ist zu Grunde gegangen. Bei Tubenbeteiligung muss man daher stets sehr vorsichtig vorgehen.

Dobbert: Bekanntlich sind bei Atresia hymenalis immer nur Vagina und Cervix uteri beteiligt. Im Küttner'schen Falle schien eine Ausnahme zu bestehen, weil der herübergeklappte Fundus uteri als Tube gedeutet werden konnte. Erst nach der 1. Operation war eine sichere Orientierung möglich. Um Infektionsmöglichkeiten einzuschränken ist es stets ratsam allmählich vorzugehen. Kamen doch auch im Küttner'schen Fall subfebrile Temperaturen vor.

2. Von Wahl: Ueber Fehlerquellen bei Untersuchungen auf Gonokokken. (Erschienen in der St. Pet. med. W. Nr. 42).

Diskussion:

Strauch betont, dass der Patient stets am Ort der Untersuchung urinieren müsse um die Untersuchung sofort vornehmen zu können.

Ucke schliesst sich in allem Wahl an. Nur glaubt er, dass die Gonokokken bei der Untersuchung verschwinden infolge des Zerfalls der Zellleiber der Leukocyten. Dieser Leukocytenzerfall ist auf ein Urinferment zurückzuführen. Da verschiedene Medikamente, so die Balsamica, auf die Fermentbildung wirken, müssen sie vor der Untersuchung fortgelassen werden.

Petersen schliesst sich in Allem Wahl an. Die Resultate der Laboratoriumsuntersuchungen sind häufig völlig unbrauchbar.

Schiele betont den Nutzen der häufigen Untersuchungen. Es kommt nicht nur auf den Befund von Gonokokken, sondern auch auf das Vorhandensein von Fäden an. Schiele ist gegen jede Provokationskur auch gegen die Bierprobe. Dadurch kann man allzuleicht einen Rückfall der Krankheit verursachen.

Wanach fragt, ob Wahl etwas über den Nachweis von Gonokokken in Gelenkexsudaten bekannt ist. Von grossem Wert ist dieser Nachweis bei atypischen Gelenkerkrankungen. Man findet die Gonokokken freilich meist nicht mikroskopisch sondern nur durch den Kulturversuch.

Wahl hat keine Gelenkexsudate untersucht. Schiele gegenüber betont Wahl den praktischen Nutzen der Provokationskur. Um einem Pat. den Ehekonsens zu erteilen, brauchen wir die möglichst grosse Gewissheit darüber, dass die Gonokokken verschwunden sind. Es kann auch kein Rückfall eintreten sobald keine Gonokken mehr vorhanden sind.

3. Lehmann demonstriert ein auffallend grosses Aneurysma der Aorta abdominalis, dicht oberhalb der Aa. iliacae, Die Klappen der Aorta waren intakt.

Diskussion:

Koch hat den Pat. im Leben flüchtig gesehen. Das Herz war dilatiert, es bestanden keine Geräusche an demselben; nur im Abdomen war ein schwirrendes Geräusch an der Stelle des Aneurysma zu konstatieren.

Masing erwähnt, dass das Durosiez'sche Geräusch durch ein Aortenaneurysma verhindert werden könnte trotz bestehender Aorteninsuffizienz.

4. Luchsinger demonstriert ein kollossales Myom von $31^3/_4$ Pfund, welches er bei einer 54-jährigen, ledigen Pat. entfernt hat. Der Tumor wurde vor 3 Jahren zuerst bemerkt, doch bestanden starke Beschwerden, besonders von seiten der Blase, erst seit einem $^1/_2$ Jahr. Die Blutungen liessen sich anfänglich durch Styptica verringern. Der Leibesumfang vor der Operation betrug 130 cm. Trotz Pyelocystitis mit Temperatursteigerung und vorübergehender Herzschwäche ist die Pat. jetzt auf dem Wege zur Genesung. Der Tumor ist durchaus gutartig und enthält einen kleinen Erweichungsheerd.

5. Girgensohn demonstriert gleichfalls einen Riesentumor, ein Ovarialkystom, welches 52 Pfund gewogen hatte. Die Operation wurde von Dr. Dobbert ausgeführt. Der Leibesumfang betrug 130 cm. Die Operat. wurde durch flächenhafte Verwachsungen kompliziert. Dem Tumor sitzt ein kleines Dermoid an. Die Pat. fühlt sich wohl und hat das Bett verlassen. Seit der Oper. sind 20 Tage verstrichen.

Tagesnachrichten.

Personalia.

— Seinen 70. Geburtstag beging am 3./16. Februar der ausgezeichnete Gynäkologe Geheimrat Dr. Adolf Kehrer, ehemaliger Professor der Geburtshülfe und Gynäkologie an der Universität Heidelberg. Der Jubilar begann seine Lehrtätigkeit in den sechsziger Jahren an der Universität Giessen, folgte aber i. J. 1881 einem Rufe als Nachfolger des berühmten Naegeli an die Heidelberger Universität, an welcher er als Lehrer, Arzt und Operateur mit grossem Erfolge bis zum Herbst 1902 wirkte, wo ein ernstes Augenleiden ihn zum Rücktritte veranlasste.

— Der Korpsarzt des XII. Armeekorps, wirkl. Staatsrat Dr. W. Langwagen ist auf eigenes Ersuchen mit Uniform und Pension verabschiedet worden, unter gleichzeitiger Beförderung zum Geheimrat.

— Der Jaroslawsche Gouvernements-Medizinalinspektor wirkl. Staatsrat Dr. Makowezki ist in der gleichen Eigenschaft nach Nishni-Nowgorod übergeführt worden.

— Der Primärarzt einer Abteilung der Klinik für Nerven- und Geisteskrankheiten an der militär-medizinischen Akademie Privatdozent Dr. Ostankow ist zum Konsultanten für Elektrotherapie an den Erziehungsanstalten des Ressorts der Kaiserin Maria ernannt worden, unter Belassung in der von ihm eingenommenen Stellung und als Privatdozent an der Akademie.

— Am 15. Februar d. J. vollenden sich 30 Jahre der ärztlichen und wissenschaftlichen Tätigkeit des Professors der Chirurgie an der militär-medizinischen Akademie und Inspektors des Hofmedizinalwesens Dr. Nikolai Weljaminow.

— Der Professor ord. der pathologischen Anatomie und Direktor des pathologisch-anatomischen Instituts an der Universität Heidelberg, Geheimrat Dr. Julius Arnold, wurde auf sein Gesuch wegen vorgerückten Alters und leidender Gesundheit in den Ruhestand versetzt. Zu seinem Nachfolger ist der ordentliche Professor der pathologischen Anatomie an der Universität Zürich Dr. Paul Ernst ernannt worden.

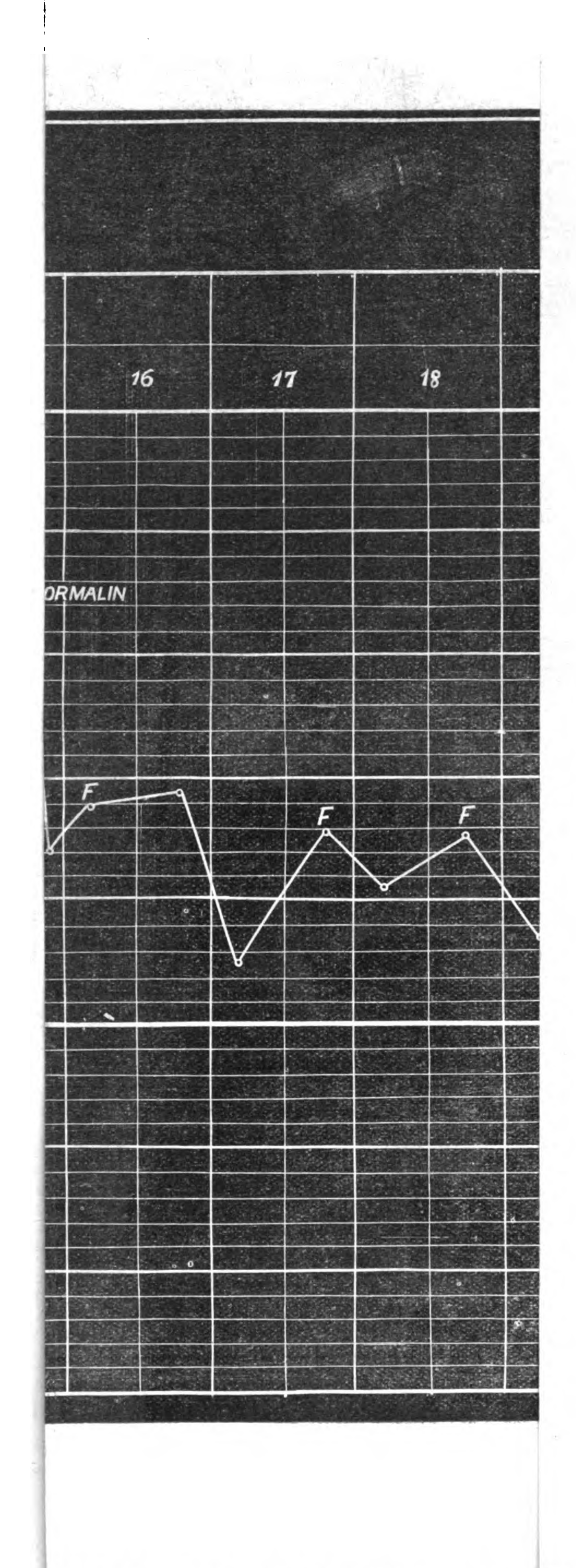
Nekrologe.

— Verstorben sind: 1) Am 25. Januar zu Riga nach langer Krankheit der frühere Leibarzt des Grossfürsten Michael Nikolajewitsch und ältere Ordinator am Stadthospital in Tiflis, Staatsrat Dr. Eugen Handelin, im nahezu vollendeten 62. Lebensjahre an einem Herzleiden. Der Hingeschiedene war in dem Badeorte Staraja Russa (Gouv. Nowgorod) geboren, wo sein Vater als Militärarzt diente, und erhielt seine Schulbildung im Dorpater Gymnasium, worauf er sich dem Studium der Medizin von 1863—71 an der Dorpater Universität widmete, wo er der Korporation «Livonia» angehörte. Als Student erhielt er i. J. 1869 für die Lösung einer Preisaufgabe die goldene Preismedaille. Nach Erlangung der Doktorwürde setzte er seine Studien in Deutschland fort und begann dann 1872 seine ärztliche Tätigkeit als Ordinator eines Hospitals in Kronstadt, von wo

er jedoch bereits 1875 nach St. Petersburg übersiedelte, um am Nikolai-Kinderhospital anfangs die Stellung eines Assistenten und von 1878—80 die eines älteren Ordinators zu bekleiden. Während des russisch-türkischen Krieges war er Oberarzt eines Hospitals des Roten Krenzes in Bender. Im

— Die Feier des 300-jährigen Bestehens der Universität Giessen ist auf die Zeit vom 31. Juli bis 3. August (n. St.) 1907 angesetzt worden.

— Wie der «Russ. Wratsch» erfährt, hat das Veterinärko-



daselbst ernannt worden.

ter gleichzeitiger Angabe des Ortes und der Art ihres Dienstes oder ihrer Tätigkeit, des Jahres der Absolvierung der

Frühgeburt, wobei die Temperatur 42,5 erreicht hatte, hierbei wurden Collargolklysmata in 2% Lösung angewandt — auch im 4. Fall kam eine 2% Lösung in Klysmaform in Anwendung. Alle 4 Patienten genasen.

nur im Abdomen war ein schwirrendes Geräusch an der Stelle des Aneurysma zu konstatieren.

Masing erwähnt, dass das Duroziez'sche Geräusch durch ein Aortenaneurysma verhindert werden könnte trotz bestehender Aorteninsuffizienz.

4. Lu...

er jedoch bereits 1875 nach St. Petersburg übersiedelte, um am Nikolai-Kinderhospital anfangs die Stellung eines Assistenten und von 1878—80 die eines älteren Ordinators zu bekleiden. Während des russisch-türkischen Krieges war er Oberarzt eines Hospitals des Roten Krenzes in Bender. Im Jahre 1880 ging er in den Kaukasus, wo er zwei Jahrzehnte hindurch als älterer Ordinator am Stadthospital in Tiflis und vielbeschäftigter praktischer Arzt tätig war und nach dem Tode von Dr. Albanus auch einige Zeit als Leibarzt des Statthalters, Grossfürsten Michael Nikolajewitsch fungierte, bis ihn zunehmende Kränklichkeit zwang, i. J. 1900 seinen Abschied zu nehmen. Seinen Lebensabend verbrachte er in Riga.

Der Hingeschiedene war als Mensch wie als Arzt eine ideale Persönlichkeit. Seine virtuose Handhabung der physikalischen Untersuchungsmethoden, sowie sein durch tüchtige praktische Schulung geschärftes Urteil machten ihn zu einem sicheren Diagnostiker am Krankenbette und erfreute er sich daher als Arzt für innere Krankheiten eines guten Rufes. Aber auch als Mensch genoss Haudelin durch seine gewinnenden Charaktereigenschaften, seine ehrenwerte, tüchtige Gesinnung allgemeine Liebe und Achtung. Er wird daher mit seinem regen Geist, seinem warmen Herzen und seinem strengrechtlichen Sinn bei allen, die mit ihm in nähere Berührung gekommen, noch lange in ehrender Erinnerung fortleben. Auch unserer med. Wochenschrift hat der Verstorbene, solange er in Petersburg lebte, als fleissiger und treuer Mitarbeiter nahe gestanden, wofür die zahlreichen Referate und Besprechungen neuer Werke von ihm in den ersten Jahrgängen der Wochenschrift ein beredtes Zeugnis ablegen. Bf.

2) In Odessa am 25. Januar Dr. Nikolai Ignatowski am Flecktyphus im Alter von 56. Jahren. Der Verstorbene, welcher seit 1876 die Praxis ausgeübt hat, gehörte zu den ältesten Aerzten des Odessaer Stadthospitals, an dem er zwei Dezennien hindurch die Abteilung für Infektionskrankheiten geleitet hat, in welcher er sich jetzt die Infektion zugezogen. Die Stadtverwaltung hatte bereits vor Jahren sein Leben versichert. 3) In Tula am 14. Januar der Ordinator am Gouvernements-Landschaftshospital Dr. Rudolf Dreyer im 51. Lebensjahre nach 26-jähriger ärztlicher Tätigkeit. Die Tulaer Aerzte beabsichtigen, zum bleibenden Andenken an den beliebten Kollegen an der Feldscherschule, an welcher der Verstorbene viele Jahre unterrichtet hat, einen Unterstützungsfond für unbemittelte Schülerinen zu stiften. 4) In New-York Dr. Gardner an Blutvergiftung bei der Ausführung einer Operation.

Von Universitäten und medizinischen Instituten.

— Die Zustände an der militär-medizinischen Akademie werden immer unerquicklicher, wenn man in Betracht zieht, dass jetzt, den Tagesblättern zufolge, die Studierenden des IV. Kursus sogar über den Chef der Akademie Prof. Dr. Danilewski den Boykott verhängt haben! Prof. Danilewski hat sich in diesem Anlass einem Mitarbeiter der «Peterb. Gaseta» gegenüber geäussert, dass ihm unverständlich sei, wie die Studenten den Boykott durchführen wollen, da sie ja nur in ihren eigenen Angelegenheiten sich an ihn zu wenden pflegen. — Was den Konflikt zwischen den Studenten des II. Kursus der Akademie und dem Professor der Anatomie Schawlowski anbelangt, so haben diese Studenten, nachdem Prof. Schawlowski bei den mündlichen Verhandlungen seine scharfen Ausdrücke zurückgenommen, auf ihrem Meeting am 25. Januar beschlossen den über Prof. Schawlowski verhängten Boykott aufzuheben und ihre Beschäftigungen in der Anatomie fortzusetzen. Eine Kontrolle über ihre Arbeiten in der Anatomie erklärten sie nach wie vor für nicht wünschenswert.

— Dr. S. F. Orlowski hat sich mit Genehmigung der Konferenz der militär-medizinischen Akademie als Privatdozent für innere Medizin an der genannten Akademie habilitiert. (R. Wr.).

— An der neu errichteten medizinischen Abteilung der Höheren weiblichen Kurse in Moskau sind gesonderte Lehrstühle für Nervenkrankheiten und für Geisteskrankheiten mit entsprechenden Kliniken eingerichtet worden. Der erstere Lehrstuhl ist dem Privatdozenten der Moskauer Universität Dr. Nikolai Bashenow, der zweite dem Privatdozenten derselben Universität Dr. Lasar Minos übertragen worden.

— Der ausseretatmässige ausserordentliche Professor für innere Medizin an der Universität Freiburg i. Br., Dr. A. Schüle, ist zum etatmässigen ausserordentlichen Professor für gerichtliche Medizin daselbst ernannt worden.

— Die Feier des 300-jährigen Bestehens der Universität Giessen ist auf die Zeit vom 31. Juli bis 3. August (n. St.) 1907 angesetzt worden.

— Wie der «Russ. Wratsch» erfährt, hat das Veterinärkomitee die Frage, betreffend die Vereinigung der Veterinärinstitute mit den Universitäten als besondere Fakultäten für Veterinärmedizin, aufgeworfen.

— In Moskau ist das Anatomikum der Universität durch einen Brand beschädigt worden. Es ist nicht nur ein Auditorium desselben niedergebrannt, sondern es hat auch das anatomische Museum, wie es scheint, Verluste erlitten.

Standesangelegenheiten.

— Auf Beschluss der St. Petersburger städtischen Hospitalkommission sollte der Oberarzt des neuen städtischen Kinderhospitals auf der Wiborger Seite, Prof. Dr. D. Ssokolow wegen der in diesem Hospital vorgekommenen Unordnungen entlassen werden. Gegen diesen Beschluss haben nun 18 jüngere Aerzte (von der Gesamtzahl 23) am 20. Januar dem Stadthaupt einen Protest eingereicht, in welchem sie erklären, dass nicht der Oberarzt an den Unordnungen im Hospital schuld sei, sondern die älteren Ordinatoren, namentlich Dr. Woinow, ferner dass der Konseil der Oberärzte (die Hospitalkommission) die Untersuchung nicht unter Beobachtung der notwendigen Garantie für die Unparteilichkeit und allseitige Klarstellung geführt haben und sich auch nicht an Ort und Stelle von den Zuständen im Hospital überzeugt habe. Infolgedessen verlangen sie, dass eine Dumakommission zur genauen Untersuchung der anormalen Verhältnisse des Hospitals an Ort und Stelle ernannt, sowie dass der Oberarzt bis zur Beendigung der Untersuchung im Amte belassen werde. — Eine von dem Stadthaupt in dieser Angelegenheit einberufene ausserordentliche Sitzung des Stadtamts, zu welcher fast alle Präsides der Exekutivkommissionen und viele Deputierte hinzugezogen waren, hat nun am 27. Januar den Beschluss gefasst, eine Kommission bestehend aus den Dumadeputierten W. S. Petrow, W. G. Hankow und J. F. Onoschkowitsch-Jazyna mit der Untersuchung der Angelegenheit zu betrauen und die Frage der Entlassung Prof. Ssokolows einstweilen offen zu lassen.

— Der Chef der militär-medizinischen Akademie Prof. Dr. A. Danilewski hat, wie die «Russ» erfährt, am Neujahrstage ein Schreiben mit mehreren unleserlichen Unterschriften erhalten, in welchem ihm und 16 Professoren der Akademie das Todesurteil mitgeteilt wird. Offenbar ist dieses Schreiben nur ein schlechter Scherz, da unter den verurteilten Professoren sich auch solche befinden, die bei den Studenten sehr beliebt sind und der äussersten progressiven Richtung angehören.

— Unter den Personen, welche als zum Bestande des Organisationskomitees der sozialistischen Partei gehörig zur gerichtlichen Verantwortung nach den Art. 51 und 126 des Strafkodex gezogen wurden, befinden sich auch Prof. D. Sabolotny und Dr. S. Elpatjewski.

— In Woronesh ist der Gouvernements-Sanitätsarzt Dr. A. Schingarëw auf Anordnung der Administration seines Amtes entsetzt worden.

— Verhaftet sind in letzter Zeit: in Shitomir Dr. J. M. Grünstein als «schädlicher Agitator» und in Moskau Dr. Turbiner, nachdem bei ihm eine Haussuchung vorgenommen worden war.

— Aus Jalta selbst und dem Jaltaschen Kreise sind bisher 10 Aerzte wegen politischer Umtriebe ausgewiesen worden: Es sind die Dr. Saltykowski, Rosanow, K. Wolkow, J. Ostrowski, Rukin, Lapidus, Mentschinski, Artemow, sowie die Aerztinnen W. Kossowitsch und A. Gurjan. Mit ihnen zugleich sind die Frauen der Aerzte Rosanow und Lapidus, sowie die Tochter des Arztes Rukin ausgewiesen worden.

— Von der Verwaltung des Obermedizinalinspektors werden im Hinblick auf die Möglichkeit, dass die Allerhöchst eingesetzte Kommission zur Vorbeugung und Bekämpfung der Pest es für notwendig erachtet, Aerzte zur Ergreifung von Massnahmen gegen die Epidemie in den Notstandsgebieten abzukommandieren, diejenigen Aerzte, welche für den Fall der Notwendigkeit dorthin abkommandiert zu werden wünschen, ersucht, die obengenannte Verwaltung davon in Kenntnis zu setzen, unter gleichzeitiger Angabe des Ortes und der Art ihres Dienstes oder ihrer Tätigkeit, des Jahres der Absolvierung der

Universität und der genauen Adresse. Die Remuneration bei den Abkommandierungen ist folgendermassen normiert: Diäten — 8 Rbl. pro Tag, zur Ausrüstung nach dem gesetzlichen Abzuge — 270 Rbl. und Fahrgelder — nach dem Reglement.

Vereins- und Kongressnachrichten.

— Die Dorpater Naturforschergesellschaft zählte nach ihrem letzten Jahresbericht pro 1906 160 Mitglieder, darunter 13 Ehrenmitglieder, 15 korrespondierende und 132 ordentliche Mitglieder. Das Direktorium der Gesellschaft besteht aus Prof. N. Kusnezow als Präsidenten, Privatdozenten G. Landesen als Vizepräsidenten, Privatdozenten N. Kultaschew als Sekretär und Prosektor der Anatomie Dr. H. Adolphi als Schatzmeister.

— Der Aerzteverein der Berliner Rettungsgesellschaft weist gegenwärtig gegen 1050 Mitglieder auf, von denen in den 9 Rettungswachen 212 Aerzte tätig sind. In dem Berichtsjahre 1906 wurden einschliesslich der Krankenbeförderung 14,417 Hülfeleistungen ausgeführt.

— Die internationale Tuberkulose-Konferenz wird vom 19.—21. September in Wien tagen. Den Hauptgegenstand bilden Verhandlungen über die Infektionswege der Tuberkulose.

— Die 21. Versammlung der anatomischen Gesellschaft wird vom 11./24.—14./27. April d. J. in Würzburg unter dem Vorsitz von Professor Guglielmo Romiti (Pisa) stattfinden. Anmeldungen zu Vorträgen und Demonstrationen nimmt der ständige Schriftführer Prof. Dr. Karl v. Bardeleben in Jena bis Anfang April entgegen.

— Die Charkower medizinische Gesellschaft unterhält bekanntlich ein bakteriologisches Institut, welches von Prof. Dr. W. Krylow und seinen Gehülfen den DDr. Nedrigailow, Ostrjanin und Korschun geleitet wird. In diesem Institut sind nach dem soeben veröffentlichten Rechenschaftsberichte pro 1905 nicht weniger als 126,981 Flakons Antidiphtherieserum, 1815 Fl. Antistreptokokkenserum, 692 Fl. Antiskarlatinaserum und 351 Fl. Antidysenterieserum angefertigt worden. Ausserdem beschäftigte sich das Institut auch mit der Herstellung von Anticholeravakzine.

Verschiedene Mitteilungen.

— Die bisherige im Verlage von Seitz & Schauer in München herausgegebene Zeitschrift für praktische Aerzte «Deutsche Praxis» hat mit Beginn dieses Jahres ihren Namen, ihren Redakteur, ihr Gewand und ihre Tendenz gewechselt. Statt ihrer erscheint jetzt in demselben Verlage die «Leipziger Medizinische Monatsschrift» unter der Redaktion von Dr. W. Kühn in Leipzig, welche sich die Aufgabe stellt, den praktischen Arzt auf dem Laufenden zu erhalten mit allem, was er für die Praxis gebrauchen kann, und ihm neue Anregungen zu geben. Das uns vorliegende Januarheft in gross Oktavformat enthält in seinem I. Teile auf 30 Seiten mehrere kurze Originalartikel, Besprechungen von Standesangelegenheiten, einen Feuilletonartikel, Referate und Tagesnachrichten. Der II. Teil dieses Heftes bringt medizinische Neuigkeiten (neue Arzneimittel, Besprechungen neuer Bücher und Vermischtes). — Der Abonnementspreis beträgt 6 Mark pro Jahr.

— Wie die Tagesblätter berichten, hat die unter dem Vorsitz des Stadthauptmanns am 6. Februar hierselbst stattgehabte Sitzung der St. Petertburger besonderen städtischen Behörde für Angelegenheiten von Gesellschaften und Verbänden die Registrierung der St. Petersburger professionellen Gesellschaft der Pharmazenten verweigert.

— Kann die Kuhmilch Tuberkulose übertragen? — Diese Frage wurde bekanntlich von Prof. Robert Koch auf dem Londoner Tuberkulosekongress i. J. 1901 verneint und darauf hingewiesen, dass Menschen- und Rindertuberkulose zwei verschiedene Krankheiten seien. Nach Kochs Auffassung sollten die Bazillen der Rindertuberkulose für den Menschen bedeutungslos sein. Es wurde infolge dieser mit den bisher geltenden Ansichten im Widerspruch stehenden Koch'schen Auffassung in England sofort eine Kommission aus hervorragenden Fachmännern niedergesetzt, welche die Beziehungen zwischen Menschen- und Tiertuberkulose erforschen sollte. Das Ergebnis dieser Untersuchungen nun ist eine strikte Widerlegung der Ansichten Koch's. Es kann — nach dem Bericht der Kommission — keinem Zweifel unterliegen, dass in einer Anzahl von Tubeskulosefällen beim Menschen und besonders beim Kinde die Krankheit das direkte Resultat der Infektion des menschlichen Körpers durch den Bazillus der Rindertuberkulose ist. Kuhmilch, die Bazillen der Rindertuberkulose enthält, ist sicherlich eine Ursache der tödlich verlaufenden Tuberkulose beim Menschen. Die Milch einer tuberkulösen Kuh darf weder zur Ernährung von Menschen noch von Tieren benutzt werden und die Kommission befürwortet daher auch strengere Massnahmen zur Verhütung des Verkaufs und des Konsums derartiger Milch.

Bf.

✦ Nächste Sitzung des Vereins St. Petersb. Aerzte: Dienstag, d. 20. Febr. 1907.

Tagesordnung:

Küttner: Zum vaginalen Kaiserschnitt.

✦ Nächste Sitzung des Deutschen ärztlichen Vereins: Montag, d. 12. Febr. 1907.

Eine geisteskranke Dame oder ein Herr oder auch zurückgebliebene Kinder finden freundliche Verpflegung bei Frau Pastor E. v. Johanson, früher Oberin in einer Irrenanstalt.

Adr. Riga, Nicolaistr. Nr. 52, Q. 5.

Im Deutschen Alexander-Hospital wird Nachweis erteilt über zur Zeit dienstfreie Pfleger und Pflegerinnen für die private Krankenpflege (gegen Zahlung von 50 Kop.)

Herausgeber Dr. Rudolf Wanach. Buchdruckerei v. A. Wienecke Katharinenhofer Pr. № 15.



XXXII. JAHRGANG. ST. PETERSBURGER Neue Folge XXIV. Jahrg.

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Redaktion von

Prof. Dr. Karl Dehio. Dorpat. **Dr. Johannes Krannhals.** Riga.

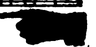
Dr. Rudolf Wanach. St. Petersburg.

Die „St. Petersburger Medizinische Wochenschrift" erscheint jeden Sonnabend. — Der **Abonnementspreis** ist in **Russland** 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr inkl. Postzustellung; in den **anderen Ländern** 20 Mark jährlich, 10 Mark halbjährlich. Der **Insertionspreis** für die 3mal gespaltene Zeile in Petit ist 20 Kop. oder 45 Pfen. — Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt. — Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.

Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate bittet man ausschliesslich an die Buchhandlung von **K. L. Ricker** in St. Petersburg, Newsky-Prospekt № 14, zu richten. — **Manuskripte** sowie alle auf die Redaktion bezüglichen Mitteilungen bittet man an den geschäftsführenden Redakteur Dr. **R. Wanach** in St. Petersburg, Petersb. Seite, Alexandrowski Pr. 6 zu richten. Sprechst. Dienstag, Donnerstag und Sonnabend 5—6.

№ 7 St. Petersburg, den 10. (28.) Februar. **1907.**

Dieser № liegt № 1 u. 2 der «Revue der Russischen Medizinischen Zeitschriften» bei.



Vom humanen kleinkalibrigen Geschosse.

Von

Dr. Köcher.

In № 45, 1906, dieser Wochenschrift ist die Diskussion über den Vortrag von Dr. Wanach resumiert, in welcher geteilte Meinung darüber zu Tage tritt, ob das moderne kleinkalibrige Geschoss mit Recht ein humanes genannt werden darf. Diese Frage zählt indess heute zu den bereits entschiedenen und zwar einerseits auf Grundlage Jahre hindurch fortgesetzter experimenteller Prüfungen, sowie andrerseits durch die Resultate der letzten Kriege, besonders unseres Feldzuges gegen Japan. Aus der darüber vorhandenen reichen Literatur führe ich am Schlusse dieser Zeilen die hauptsächlichsten Arbeiten an, denen ich in meiner Darstellung folge. Unter ihnen gebührt hervorragende Bedeutung dem Vortrage des Generalarzt Körting, den er die Güte hatte mir vor etwa Jahresfrist zu übersenden, nachdem er im Militär-Wochenblatt im Druck erschienen.

Zu besserer Orientierung des mit dieser Materie weniger vertrauten Lesers, werfen wir zunächst noch einen kurzen Blick auf das Material und einige Eigenschaften des Kleinkalibers.

Die hauptsächlichsten heute im Gebrauch befindlichen kleinkalibrigen Handfeuerwaffen sind folgende. Das Remington-, das Lee-Metford-, das Lee-Enfield-, das Mauser-, das Mannlicher-, das Murata- und das Arisaka-Gewehr. Die Unterschiede ihrer Systeme sind unerheblich. Alle haben ein mehr oder weniger konisch zugespitztes Geschoss, dessen Hartbleikern von einem Stahl-Vollmantel umgeben ist. Das hie und da zur Verwendung gekommene Teilmantel-Geschoss wurde meist vermittelst Durchfeilung des Vollmantels zur Verstärkung der Schusswirkung hergestellt (Dum-Dum-Geschoss des Lee-Metford Gewehr der Engländer in Indien und Afrika). Das Kaliber dieser Geschosse schwankt zwischen 6,5 mm. und 8 mm. und erreichte nur bei den Gras- und Remington-Gewehren der Tschitralesen (englischer Feldzug in Indien) und Abessiniern (italienischer Krieg) 12 mm. Ausserdem kam noch bei den Buren die Henry-Martini Jagdbüchse mit ihrem 11,4 mm. Geschoss vereinzelt zur Verwendung. Das Gewicht der Geschosse variiert von 11,5 Gramm des Arisaka-Gewehrs bis 14,7 Gramm des deutschen Mausergewehrs. Nur bei den Gras- und Remington-Gewehren steigt es bis auf etwa 22 Gramm.

Die früher geringere Anfangsgeschwindigkeit der Geschosse wurde allmählig erhöht und beträgt heute von 620 Meter unseres Dreiliniengewehrs (трехлинейное) bis zu 735 Meter des japanischen Arisaka-Gewehrs. Bei der neuen deutschen Patrone von 1905 soll das Geschoss nunmehr 645 Meter Anfangsgeschwindigkeit haben, beim amerikanischen Lee-Gewehr aber gar 777 Meter.

Die Flugbahn der Kleinkaliber hat einen flachen Verlauf und liegt auf 600 Meter Entfernung 2,5 M. über dem Erdboden, also in Manneshöhe und die gesammte Schussweite reicht auf 3800 Meter Entfernung. Die Propulsivkraft des Geschosses ist gegen früher ebenfalls verstärkt; es durchschlägt noch auf 1800 Meter 5 Zentimeter dickes Tannenholz und seine Treffsicherheit ist bei einigermassen richtiger Verwendung auch grösser als früher.

Gehen wir nun auf die Schusswirkung über.

Abgesehen von vereinzelten früheren Fällen beginnt das systematische Studium von Handfeuerwaffen auf Menschen- und Tierkörper in ausgedehntem Umfange mit dem Jahre 1870 aus Anlass des Gefechts bei Le Bourget, nach welchem Deutsche und Franzosen sich gegenseitig beschuldigten mit Explosionspatronen geschossen zu haben. Diese Beschuldigung veranlasste Prüfungen durch gemischte Kommissionen von Aerzten und Offizieren, von wo ab solche Prüfungen bei allen, durch die beständige Vervollkommnung der Waffen hervorgerufenen Aenderungen der Geschosse Regel wurden. Alle Verbesserungen verfolgten die Tendenz das Kaliber des Geschosses zu verkleinern, seine Propulsivkraft und damit die Anfangsgeschwindigkeit durch Aenderung des Treibmittels zu erhöhen, seine Wirkung aber, ungeachtet der Verkleinerung, durch einen ihm beigegebenen zylindrischen Mantel zu verstärken. Gegen das Jahr 1890 schon kam es dazu, dass das Kleinkaliber infolge der Prüfungen mit dem Namen eines humanen Geschosses belegt wurde. Zunächst blieben die Meinungen darüber noch geteilt, bis Anfangs der neunziger Jahre in Berlin eine grosse Prüfung der Geschosswirkung veranstaltet wurde, deren Ergebnisse in dem vortrefflichen zweibändigen Werke Hildebrandt's (a) ausführlich gewürdigt sind. Für die Versuche wurde das deutsche 8 mm. Mantelgeschoss bis auf 2000 m. Entfernung, wie auch 6 und 5 mm. Geschosse bis auf 50 m. Entfernung benutzt. Ich gebe die Resultate der Prüfung hier kurz nach Körting (b) wieder.

Rekapitulieren wir also zunächst, aus welchen Faktoren sich die Wirkung eines Geschosses zusammensetzt. Diese sind: 1) Das Material und die Form des Geschosses (Hart- oder Weichblei, konische oder andere Form), 2) Die Anfangsgeschwindigkeit, 3) seine Gestaltveränderung beim Eindringen in den Körper (Stauchung, Teilung), 4) seine Rotation und 5) seine Erhitzung.

Die wichtigste Frage bei den Prüfungen betraf die Erklärung der Sprengwirkung der Geschosse. Die Kraft eines Geschosses setzt sich zusammen aus seiner Masse und Geschwindigkeit, während die Rotation seine Wirkung nur um 0,6 Prozent vermehrt. Mit Zunahme der durchlaufenen Entfernung nimmt Kraft und Wirkung ab. Beim Treffen des Ziels erleidet das Geschoss Verlust an Kraft, umsomehr je grösser seine Schnelligkeit und die Festigkeit des Ziels ist. Die verbrauchte Kraft dient zur Zerstörung der Festigkeit, zu Reibung, Deformation und Geschwindigkeitsübertragung; bei inkompressibelen Flüssigkeiten, nur zu letzterer. Wo die kleinsten Teile nicht zusammenrücken können, müssen sie sich mit der ihnen vom Geschoss mitgeteilten Geschwindigkeit in Bewegung setzen, wodurch gewaltige Zerstörungen verursacht werden.

Diese Wirkung wird um so stärker, je mehr das Ausweichen durch starke Widerstände erschwert wird, wie beim Schädel, bei Röhrenknochen und am Herzen. Das ist die hydrodynamische Wirkung des Geschosses, der Effekt in Bewegung gesetzter Massen. Ebenso übt die Form des Geschosses Einfluss auf seine Arbeitsleistung. Die in Bewegung gesetzten Moleküle im Ziel, weichen dorthin aus wo Platz ist, zunächst also längs des Geschosses, steil nach dem Einschuss zu. Je mehr Querschnitt des Projektils eindringt, um so mehr Massen werden verdrängt, respektive zerstört. Je stumpfer, breitköpfiger, das eindringende Geschoss ist, desto stärker, je spitzer — desto schwächer ist diese Wirkung. Die photographische Wiedergabe des Durchgangs eines Projektils durch einen Röhrenknochen lässt dies deutlich erkennen (c). Erst bei und nach Durchbohrung der Aussenwand des Ziels, macht sich die vor dem Geschoss aufgespeicherte Energie nach dem Ausschuss zu Luft, dessen Zerstörung an Knochen und Weichteilen deshalb immer die des Einschusses übertrifft, besonders bei Nahschüssen. Die zeitlich auf einander folgenden Momente beim Durchbohren eines Oberschenkels, spielen sich im Verlauf von etwa $\frac{8}{10{,}000}$ Sekunde ab, woher das Auge von dem Vorgange das Bild einer Explosion erhält. (Photographische Wiedergabe des Vorgangs).

Die Erhitzung der kleinkalibrigen Gewehrprojektile ist praktisch von keiner Bedeutung. Sie beträgt 65—95 Grad, verursacht aber keine Verbrennung, weil das Geschoss zu kurze Zeit im Körper verweilt. Matte Geschosse die stecken bleiben, haben aber nicht mehr die hohe Temperatur der schnellfliegenden.

Gestaltsveränderung von einfacher Abplattung bis zum Mantelriss mit nachfolgender Stauchung, kommt bei festen Zielen immer vor, wobei ihre Intensität sich nach der Festigkeit des Mantels richtet. Trifft das Geschoss als Querschläger oder Rikochettschuss, so kommt es zu Verletzungen die denen der früheren Weichbleigeschosse gleichen, bei erheblich grösseren und unregelmässigeren Wunden.

Solche Wirkungen übte das 8 mm. Geschoss in abnehmender Stärke bis über 1200 Meter. Ueber diese Entfernung hinaus wurde dann die Abnahme der Kraft des Geschosses ohne scharfe Abgrenzung bemerkbar. Bei Knochenschüssen werden die grossen Splitter minder zahlreich, häufig waren blos Risse vorhanden und in den weicheren Gelenkenden Loch- oder Rinnenschüsse.

Durch diese Versuche war nun für die Erklärung der Schusswirkung eine wissenschaftliche Grundlage geschaffen und Parallelversuche in Frankreich und Rumänien bestätigten die deutschen. Neue Versuche auf kriegsmässige Entfernungen von 4—800 Meter, mit Kalibern zwischen 8 und 6,5 mm. in Spanien, Italien, Frankreich, England, Rumänien, Japan und auch bei uns, zeigten, dass mit Abnahme des Kalibers mildere Schusswirkung eintritt und Sprengwirkungen der Geschosse nur bis zu 800 Meter konstatiert werden konnten, wobei die Gefährlichkeit der Wunden ersichtlich geringer war. Darauf folgende kriegerische Unternehmungen bestätigten diese theoretischen Erhebungen. Die Italiener konnten mit ihrem Kleinkaliber im erythraeischen Feldzuge 1896 den Feind immer erst nach mehrfachen Verwundungen ausser Gefecht setzen. Nach der Schlacht von Aduk kamen z. B. 80 Prozent der verwundeten Abessinier zu den gefangenen italienischen Aerzten ohne jede Unterstützung und Tausende von ihnen waren in 2 Wochen wieder hergestellt, während die Abessinier mit dem Gras- und Remingtongewehre von 11 mm. Kaliber den Italienern ausserordentlich schwere Wunden verursachten, die jeden Getroffenen sofort ausser Gefecht setzten. Wo aber die Abessinier mit erbeuteten italienischen Gewehren schossen, verstärkten sie die Schusswirkung dadurch, dass sie den Geschossen die Spitze ab- oder den Mantel durchfeilten. Dasselbe war der Fall bei den Engländern im Tschitralfeldzuge, wie aus dem Buche R. Köhler's zu ersehen (d). Bei den Versuchen in England, gab das 7 mm. Lee-Metfordgewehr anscheinend genügend starke Verwundungen für den Kriegszweck, gegen die lebenden Indier wirkte es aber so ungenügend, dass die Engländer zu den sogenannten Dum-Dum-Geschossen ihre Zuflucht nahmen, das heisst Projektile mit geteiltem Mantel verwendeten, die durch Auseinanderfahren im Ziel grosse Explosionswirkungen hervorriefen. Die Tschitralesen hingegen setzten mit ihrem 12 mm. Geschoss jeden getroffenen Engländer ausser Gefecht. Auch der chilenische Feldzug 1891 gab dieselben günstigen Resultate für das kleine Kaliber. Auf Cuba trugen die Spanier vom 12 mm. Remington-Geschoss der Insurgen-

ten die schwersten Verletzungen davon, während ihre 7 mm. Mausergewehre nur solche Feinde ausser Gefecht setzten, die im Schädel oder Herzen getroffen waren (e). Küttner beobachtete im Burengriege 7,7 mm. Lee-Metford, und 7 mm. Mausergewehre, die bei Nahschüssen wohl starke Knochen- aber geringere Weichteilverletzungen bewirkten und daher meist gute Aussicht auf Heilung gaben (f). Er hält 7 mm. für das geringst zulässige Kaliber für den Kriegszweck. Aus dem südwestafrikanischen Feldzuge berichtete Stuhlmann, dass das deutsche 8 mm. Geschoss häufig nicht genügte den Getroffenen kampfunfähig zu machen, woher die Feinde an den erbeuteten deutschen Geschossen ebenso den Mantel durchfeilten wie die Abessinier.

Der russich-japanische Krieg hat diese Beobachtungen im Grossen bestätigt. Unsere Feldtruppen waren mit dem Dreilinienggewehr bewaffnet (Трехлинейное), Kaliber 7,62 M/91, die Japanesen mit dem Arisakagewehr, Kaliber 6,5 mm. M/97 und die Reserven mit dem Muratagewehr, Kaliber 8 mm. M/94. Die Geschosse hatten Nickelmantel und Kupfernickelmantel. Nach Berichten des zum russischen Hauptquartier kommandiert gewesenen preussischen Stabsarztes, verursachten die japanischen Gewehre bei uns 86 Prozent, die unseren bei den Japanesen 85,8 Prozent Verwundete. Rund 62 Prozent dieser Verwundeten wurden von beiden Seiten als leichte bezeichnet. Ueber das japanische 6,5 mm. Geschoss liegen sodann die meisten Mitteilungen vor. Es ändert seine Gestalt beim Auftreffen nur wenig und biegt sich sogar ohne dass der Mantel reisst. Nur bei Rikochettschüssen und Querschlägern kommen starke Formveränderungen vor. Mehrfache Verwundungen bei ein und demselben Manne sind nicht selten, ebenso Verwundung mehrerer Leute durch ein Geschoss. Nervenchok und Schmerz bei der Verwundung fehlen meist. Dass die Verwundeten häufig liegen bleiben nachdem sie getroffen wurden, geschieht um nicht wieder unter das feindliche Feuer zu geraten. Nach beendetem Gefecht kommen sie dann aber in hellen Haufen zu Fuss zum Verbandplatz und machen danach, selbst mit durchbohrenden Wunden, häufig noch weite Märsche.

Ein- und Ausschuss der Wunden war klein, oft von einander nicht zu unterscheiden, nur bei Querschlägern und matten Geschossen grösser, die Blutung meist mässig, doch folgten später nicht selten Aneurysmen. Infektion der Wunden fehlte meist, da Fremdkörper nur selten mit dem Geschoss in die Wunde gerieten. Das Muratageschoss der Japanesen zeigte aber bis zu 500 Meter Entfernung ausgesprochene Sprengwirkung auf geschlossene Organe und Röhrenknochen, das Arisakageschoss sehr viel weniger.

Wenngleich nun auch eine ganz exakte Lösung der Frage von der Sprengwirkung erst von der Zukunft zu erwarten ist, so steht trotzdem heute schon die entschieden humane Wirkung des Kleinkalibers ausser jedem Zweifel. Wer in dieser Erkenntnis noch schwankt, braucht nur die bisher über den russisch-japanischen Krieg veröffentlichten Beric te einzusehen, z. B. über Schussverletzungen des Rumpfes und Kopfes. Durchbohrende Schädelwunden gaben früher kaum 3 Prozent Heilungen, während aus diesem Kriege schon eine ganze Menge geheilter Fälle veröffentlicht wurde. Selbst Heilungen von Herzschüssen sind bereits mitgeteilt. Lungenschüsse verlaufen unvergleichlich günstiger gegen früher und geben viel mehr Heilungen. Bauchschüsse hatten noch 1898 in Cuba eine Sterblichkeit von 68 Prozent, während diesmal Heilungen ohne operative Eingriffe bis zu 70 Prozent gemeldet werden — sofern keine besondere Schädlichkeiten wie z. B. Transport auf den Verlauf der Wundheilung einwirkten. Die heutigen Gelenkwunden gehören meist zu den einfachen Verletzungen, bei denen gewöhnlich Heilung mit Erhaltung der Beweglichkeit erzielt wird. Die Knochensplitterung ist nicht so häufig wie früher und daher geeignetes Objekt für konservierende Chirurgie. Die operative Tätigkeit auf Verbandplätzen und überhaupt in der ersten Linie, ist mit dem Kleinkaliber verschwindend klein und auch in den Lazaretten erheblich geringer geworden. Nach den Erhebungen von Generalarzt Körting kommen Amputationen auf den Verbandplätzen, einschliesslich derer an Fingergliedern, im letzten Kriege nur 0,33 Prozent vor und in den Hospitälern nur 0,5%. Von Resektionen ist bisher überhaupt nichts mitgeteilt. Im Kriege 1870/71 wurden bei den Deutschen noch 4,5 und bei den Franzosen 16 Prozent der an den Extremitäten Verletzten amputiert. Dieser bedeutende Unterschied zwischen einst und jetzt ist ja zum grossen Teil Verdienst der Anti- und Aseptik, aber ohne das humane Kleinkaliber, könnte die Chirurgie zu solchen Resultaten nicht gelangt sein. Dabei muss man im Auge behalten, dass das Gesammtresultat der Heilungen von Schusswunden durch kleinkalibrige Handfeuerwaffen heut zu Tage mit 80 Prozent wohl noch zu niedrig eingeschätzt sein dürfte (nach Körting), ferner, dass mehr als die Hälfte sämmtlicher Schussverletzungen jetzt leichte sind, die so günstig verlaufen, dass 32 bis 58 Prozent sämmtlicher Verwundeten nach 2—4 Wochen spätestens wieder gesund zu ihrer Truppe zurückkehren. Dies alles gilt nach den Angaben beider Parteien ebenso für unser 7,62 mm., wie für das japanische 6,5 mm. Geschoss.

Wollte man die Wirkung des Kleinkalibers ganz erschöpfend behandeln, dann müsste man noch seine tödtliche Wirkung in Betracht ziehen. Diese aber lässt sich heute allerdings noch nicht mit mathematischer Sicherheit feststellen, obgleich man sie aus den Generalzahlen der Verluste fast ganz fehlerlos berechnen kann. Jedenfalls werden die Resultate einer solchen Berechnung der dereinstigen Norm sehr nahe kommen, denn heutzutage beträgt die Zahl der Schusswunden durch Handfeuerwaffen, fast volle neun Zehntel sämmtlicher Verwundungen. — Betrachtet man demnach die Gesammtzahlen der Verluste unseres letzten Krieges, so ergiebt sich folgendes. Die Japanesen geben an: Todte und Verwundete 218,429; Kranke 221,136. Gefallen sind 46,180; an Wunden gestorben 10,970, an Krankheiten 15,310. Das ergiebt einen Gefallenen und an Wunden Gestorbenen auf 3,82 Verwundete, oder 1 Gefallenen auf 4,73 Verwundete. Dabei stellt sich das Verhältnis der Verluste an Todten und Verwundeten zur Gefechtsstärke auf etwa 11,1 Prozent. Für unsere Armee macht der Русскій Инвалидъ № 230 des Jahres 1905 folgende offizielle Angaben: Todte 15,000; Vermisste, nicht gefangene 21,000, also zusammen 36,000 Todte; Verwundete 110,000, Gefangene 71,000. — Danach kommt ein Todter auf 3,06 Verwundete. Der Verlust zur Gefechtsstärke beträgt aber bei uns fast volle 22 Prozent. Im vorigen Jahrhundert betrug das Verhältnis zwischen Todten und Verwundeten durchschnittlich 1 : 4. — Das jetzige Verhältnis erscheint demnach etwas ungünstiger, was wohl durch die gesteigerte Feuerwirkung bedingt sein dürfte.

Nach allen diesen Daten muss es als durchaus berechtigt erscheinen, dass die überwiegende Mehrzahl der Fachleute dem Kleinkaliber die Bezeichnung eines humanen Geschosses zuerkennt. Von unserer Seite hat sich unter Anderen auch Professor Zoege von Manteuffel in der „France militaire" vom 22. Dezemb. 1904 ebenfalls in diesem Sinne geäussert und Generalarzt Körting, als gewiegter Kenner dieser Materie, spricht sich kategorisch für die Berechtigung des Kleinkalibers zu der Bezeichnung: humanes Geschoss — aus. —

Die von Dr. Wanach in der Diskussion erwähnten schweren Fälle, waren wahrscheinlich durch weiten unzweckmässigen Transport bedingt.

Literaturangabe:

a) Hildebrandt, die Verwundungen durch die modernen Kriegswaffen. Berlin 1905. 2 Bände.

b) Körting, Militär-Wochenblatt 1906, Nr. I. Schiessversuche und Erfahrungen.

c) Kranzfelder und Schwinning. Die Funkenphotographie in ihrer Verwendbarkeit zur Darstellung der Geschosswirkung im menschlichen Körper. Berlin 1903.

d) R. Köhler, die modernen Kriegswaffen. Berlin 1900. 2 Teile.

e) Poëy, Wounded lead and jacketed bullets in the Cuban insurrection. Journ. of the assoc. of mil. surgeons. United States. Band 14, 1904, Seite 294.

f) Küttner, Kriegschirurgische Erfahrungen aus dem südafrik. Kriege. Berlin. 1900.

Bücheranzeigen und Besprechungen.

Diagnostisch-therapeutisches Lexikon für praktische Aerzte, herausgegeben von Priv.-Doz. Dr. K. Bruhns in Berlin, Priv.-Doz. Dr. A. Bum in Wien, Priv.-Doz. Dr. S. Gottschalk in Berlin, Prof. Dr. W. Kausch in Berlin, Priv.-Doz. Dr. F. Klemperer in Berlin, Priv.-Doz. Dr. A. Strasser in Wien. Erster Band. A—E. Mit 333 Abbildungen. Urban und Schwarzenberg. Berlin. Wien. 1907.

Das Diagnostisch-therapeutische Lexikon ist zusammengestellt aus dem «therapeutischen Lexikon», Lexikon der physikalischen Therapie» und dem «Diagnostischen Lexikon». Da diese Werke bereits in mehreren Auflagen erschienen sind und sich die allgemeine Anerkennung erworben haben, so ist vorauszusetzen, dass auch das vorliegende Lexikon in seiner neuen Gestalt durchaus gewürdigt werden wird. Von den 3 Bänden, in denen es erscheint, ist der erste bereits im Buchhandel zu haben. Er besteht aus 1711 Seiten und kostet 25 M. Die einzelnen Abschnitte sind auf das Genaueste bearbeitet und besondere Aufmerksamkeit ist auf die Diagnostik und Therapie verwandt worden. Eine grosse Anzahl gelungener Abbildungen dient zur Erläuterung des Textes.

Fr. Mühlen.

Die Beziehungen des Geburtskanales und des Geburtsobjektes zur Geburtsmechanik von Dr. Hugo Sellheim Professor an der Akademie für praktische Medizin zu Düsseldorf. Mit 42 Abbildungen. Leipzig. Verlag von Georg Thieme. 1906.

Trotz der grossen Menge von Arbeiten, die über die Geburtsmechanik erschienen sind, so sind wir doch nicht imstande eine endgültige Erklärung für dieselbe geben zu können. Dieser Frage ist Prof. Sellheim nähergetreten und hat seine jahrelangen Beobachtungen in diesem Werke niedergelegt. Genauer auf die interessante Arbeit einzugehen, würde hier zu weit führen. Ref. erlaubt sich daher nur die Inhaltsübersicht anzugeben. Nach einer ausführlichen Einleitung wird zuerst der Geburtskanal behandelt, und zwar des Becken und seine Weichteile im Zustand der Ruhe und die Bildung des Geburtskanales. Darauf wendet sich der Verf. zum Geburtsobjekt, den physikalischen Eigenschaften des Kindes im Zustand der Ruhe und der Mechanik des Kindes unter der Geburt. Der dritte Abschnitt giebt die mechanische Erklärung der Rotation durch das Zusammenwirken der Biegung des Geburtskanales mit der ungleichmässigen Biegsamkeit der Fruchtwalze und zum Schluss werden die durch allgemeinen Inhaltsdruck, Inhaltsgewichtsdruck und konzentrierten Druck getriebenen Geburtsmaschinen erörtert.

Das Werk regt zu ernstem Studium an und wird nicht ermangeln in Fachkreisen die verdiente Würdigung zu erfahren.

Fr. Mühlen.

W. Guttmann: Medizinische Terminologie. Verlag von Urban und Schwarzenberg. Berlin 1906.

Das vorliegende Buch, das in zweiter Auflage vorliegt, ist in der deutschen medizinischen Literatur das erste und einzige dieser Art. Zum ersten Mal hat sich ein Verfasser an die mühevolle Arbeit gemacht, die medizinische Terminologie, die ihren Wortschatz aus vielen fremden Sprachen und ihre Begriffe aus zahlreichen Gebieten der Wissenschaft entlehnt, in Form eines Lexikons zusammenzustellen. Dasselbe schliesst die medizinischen Hilfswissenschaften (Chemie, Botanik, Zoologie und Physik) auch mit ein und stellt auf diese Weise einen stattlichen Band von 338 Seiten dar. Den Hauptwert legt Verf. bei jedem Wort auf eine kurze, klare Definition des Fachausdruckes und erklärt dasselbe, was sehr interessant ist, von seiner etymologischen Seite. Die meisten termini entstammen dem lateinischen und griechischen Vokabularium, doch sind auch aegyptische, türkische etc. Worte vertreten. Das Buch wird Vielen von grossem Nutzen sein.

Lingen.

E. Berger und R. Loewy: Ueber Augenerkrankungen sexuellen Ursprungs bei Frauen. Wiesbaden. Verlag von J. Bergmann. 1906.

Das Werk ist in französischer Sprache erschienen und bald darauf in deutscher Uebersetzung.

In vielen Fällen ist das Bestehen von Beziehungen zwischen Augenaffektionen und weiblichen Sexualleiden durch klinische Erfahrung erwiesen. Die Beziehungen können sehr verschiedenartig sein, entweder handelt es sich um eine Reflexwirkung: die zahlreichen, sehr entwickelten Nervenplexus der Sexualorgane pflanzen den Reiz auf dem Wege des sympathischen Nervenplexus und dem Rückenmark auf das Zentralnervensystem fort und rufen okuläre Reflexerscheinungen hervor, oder es entstehen infolge von Sexualerkrankungen Neurosen, welche das Entstehen von Sehstörungen hervorrufen können. Dann spielen wiederholte Blutungen, schliesslich septische und toxische Erkrankungen eine Rolle. Man beobachtet bei einigen Pat. bei jeder Menstruation wiederkehrende Konjunktivitiden, Haemorrhagien in der Conjunctiva, Herpes corneae, Abnahme der Sehschärfe (bei Hysterischen). Bei der Dysmenorrhoe sind die Sehstörungen entweder toxischer Natur oder sind dieselben bei der nervösen Form als eine Teilerscheinung des verschlimmerten Augenleidens zu deuten. Bei der Suppressio mensium hat man Blutungen in der Netzhaut, Neuritis optica etc. beobachtet, ebenso während des Klimakteriums. Unter den Sehstörungen während der Schwangerschaft unterscheiden Verf. solche ohne Niereninsuffizienz und solche infolge derselben. Zur ersten Gruppe gehören die Asthenopia neuro-optica, die Hemeralopie und die Neuritis optica. Viel häufiger treten Sehstörungen auf bei Eklampsie als urämische Amaurose, Retinitis albuminurica, selten Netzhautablösung. Bei septischen Puerperalerkrankungen begegnet man der Retinitis septica, der metastatischen Panophthalmie und der Phlegmone der Orbita. Endlich behandelt ein Kapitel die schädlichen Folgen der Geburt für die Augen der Neugeborenen; hier kommen in Betracht die eitrigen Bindehautentzündungen und die Geburtsverletzungen bei spontaner oder durch Kunsthilfe beendeter Geburt.

Lingen.

A. Cramer: Die Nervosität, ihre Ursachen, Erscheinungen und Behandlung. Verlag von G. Fischer. Jena. 1906.

Verf. stützt sich auf die neueren physiologischen Forschungen über den Lebensprozess von Verworn. Dieser nimmt in seinem Werk «Biogenhypothese» an, dass die Ursache des Stoffwechsels der lebenden Substanz in sehr komplizierten chemischen Verbindungen, den Biogenen, zu suchen ist. Der Lebensvorgang ist die Summe der Prozesse, welche mit dem Aufbau und dem Zerfall der Biogenmoleküle verknüpft sind. Die Ursachen, welche die Widerstandsfähigkeit des Gehirns herabsetzen können, lassen sich unter zwei Gesichtspunkten betrachten: erstens kommen die Schädlichkeiten in Betracht, welche es herbeiführen, dass der Mensch bereits mit einer mehr oder weniger ausgeprägten geringeren Widerstandsfähigkeit auf die Welt kommt, — diese Ursachen sind als innere Ursachen, als endogene zu bezeichnen. Zweitens kommen exogene Ursachen in Betracht d. h. Schädlichkeiten, welche den Menschen treffen können, wenn er ins Leben eingetreten ist. Von diesem Gesichtspunkt aus betrachtet C. die Aetiologie der Nervenerkrankungen. Vererbung kann an und für sich nicht die Krankheit selbst hervorrufen, sondern die Disposition zu dieser Krankheit, eine ausgeprägte geringe Widerstandskraft gegen die exogenen Ursachen schaffen. Unter diesen spielen die bekannten Schäd-

lichkeiten, wie Syphilis, Alkohol, dann aber auch Elend, Hunger, falsche Erziehung, «Kindergeselligkeit», krank machende Personen der Umgebung, und der Kampf ums Dasein eine grosse Rolle. Der nächste Abschnitt beschäftigt sich mit der Symptomatologie. Verf. bespricht die allgemeine Herabsetzung der geistigen Leistungsfähigkeit, wie reizbare Schwäche, Suggestibilität, Stimmung, Zwangszustände in ihren verschiedenen Erscheinungen, die Idiosynkrasie, Reflexe, Angst, Störungen verschiedener Organsysteme (Digestionsapparat, Herz und Gefässe, uropoetisches System, sexuelle Funktion) etc. Verf. unterscheidet im speziellen Teil drei Gruppen: 1) die Neurasthenie, bei der die endogenen Erscheinungen zurücktreten und psychogene Momente eine Rolle spielen. 2) die endogene Nervosität, welche auf dem Boden eines von Hause aus viel vulnerableren Nervensystems steht (endogene Disposition) und 3) Hysterie. Ausgezeichnet ist im speziellen Teil die Neurasthenie in ihren mannigfachen Erscheinungen geschildert. Das Wesen der Neurasthenie sieht Verf. in einer chronischen Ermüdung resp. Erschöpfung des Nervensystems, welches aus «diskontinuierlich angeordneten Neuronen» besteht. Haben die Neurone Alles, was sie an Energie besassen, hergegeben, so tritt Erschöpfung ein. In der Auffassung der endogenen Nervosität zeigt sich ein grosser Parallelismus mit der Theorie von den «Aufbrauchkrankheiten» Edinger's. Die Erschöpfbarkeit kann im Zentralorgan in seiner Totalität oder in einzelnen Teilen bemerkbar werden. Die endogene Nervosität tritt in den verschiedensten Formen auf. Als dritte Hauptaffektion wird die Hysterie geschildert, welche Verf. im Allgemeinen als eine «Alteration des Vorstellungslebens» auffasst. Auf die mannigfachen Erscheinungen auf psychischem, motorischem sensiblen Gebiet geht Verf. aufs Genaueste ein. Den Schluss bildet die allgemeine und spezielle Therapie.

Lingen.

Auszug aus den Protokollen der Gesellschaft praktischer Aerzte zu Libau.

Sitzung vom 13. April 1906.

1. Schmähmann stellt einen 9jährigen Knaben vor, der seit 4—5 Jahren an einer Hautaffektion der Wange leidet. Die Allgemeinuntersuchung ergiebt nichts für Lues, doch hatte die Mutter mehrere mal abortiert. Differentialdiagnostisch käme hier ausser Lues noch Lupus in Frage. Für Lupus, spräche das Aussehn des flachen oberflächlichen Geschwürs.

Bock hebt hervor, dass hereditäre Lues während des langen Krankheitsverlaufes sicher noch Erscheinungen an anderen Teilen des Körpers hervorgerufen hätte und ist daher ebenfalls geneigt Lupus anzunehmen.

Nach Prissmann muss auch an die Möglichkeit einer Hauttuberkulose gedacht werden, doch glaubt auch er, dass es sich hier eher um Lupus serpiginosus handele. Es müsse zunächst eine antiluetische Kur eingeleitet werden, da wegen der Aborte der Mutter mit der Möglichkeit einer luetischen Affektion immerhin gerechnet werden müsse. Trete auch dann eine Besserung nicht ein, müsse der Patient einem Lichtinstitut überwiesen werden.

2. Prissmann hält darauf seinen angekündigten Vortrag über die Diagnostik der Blasengeschwülste.

Wenn Referent es unternimmt, einen kleinen Betrag zur Diagnostik der Blasengeschwülste zu bringen, so geschieht es in erster Reihe aus praktischen Gründen, da es Referenten leider beschieden war, in letzter Zeit 3 Fälle von Blasentumoren zu sehen, die alle sicherlich zur Heilung hätten gebracht werden können, wenn — die Diagnose rechtzeitig gestellt worden wäre. Und dabei muss gleich hervorgehoben werden, dass der Verdacht auf Blasentumor keineswegs zu den schwierigen Problemen der Diagnostik gehört. Auch ohne feinere diagnostische Hilfsmittel, wie Cystoskop, kombinierte Rektalpalpation kann und muss in dem typischen Falle (und um solche handelt es sich meist) an Blasentumor gedacht und Patient alsdann berufenen Händen zur endgiltigen Feststellung der Diagnose überwiesen werden. Man darf nur das klassische Symptom, die schmerzlose, ohne Vorboten und ohne nachweisbare Veranlassung anfallsweise einsetzende Haematurie nicht aus den Augen lassen. Wie eingetreten, so schwindet sie auch ohne bekannte Ursache. In der blutfreien Zeit, die Monate und Jahre dauern kann, fühlen sich die Patienten vollkommen wohl. Fast ausnahmslos sind derartige Blutungen das pathognomonische Symptom, das oft für lange Zeit das einzige Zeichen des dunklen Leidens darstellt, das allein aber genügt, um die Diagnose Blasentumor im höchsten Grade wahrscheinlich zu machen.

Mit Recht hatte Max Nitze in seinen klinischen Vorträgen wiederholt darauf hingewiesen, dass es Blutungen infolge von «Blasenhaemorrhoiden», welche diagnostisch noch in Frage kommen könnten, so gut wie nicht gäbe oder doch so selten, dass man in praxi an sie in allerletzter Reihe denken müsse. Auf jeden Fall ist und bleibt es ein schwerer Kunstfehler, einen an typischen Blutungen leidenden Patienten mit der Trostdiagnose «Blasenhaemorrhoiden» abzufertigen, bis die einzig geeignete Operationszeit aussichtslos verpasst ist, wie es sich auch in einem vom Ref. letzthin beobachteten Falle zugetragen hatte. Der in letzter Stunde konsultierte Operateur (Dr. v. B.-Riga) konnte nur noch die vom Ref. vermutete Diagnose Blasenkarzinom bestätigen; dabei blutete Patient 2—3 Jahre in typischer Weise, wurde jedoch vom behandelnden Arzte stets mit der Diagnose «Blasenhaemorrhoiden» getröstet.

Mit einer Sicherheit, die einen chirurgischen Eingriff rechtfertigen könnte, ist die Diagnose allerdings nur durch das Cystoskop zu stellen. Dagegen kann beim leisesten Verdacht auf Blasentumor nicht genug vor dem Gebrauch der Sonde gewarnt werden, da die Folgen wegen kaum ausbleibender Infektion ganz unberechenbare sein können. Vor Ausführung der Cystoskopie darf eben kein Instrument zu diagnostischen Zwecken in die Blase eingeführt werden.

Bei rechtzeitiger Diagnose ist in den meisten Fällen eine operative Entfernung der oft noch sehr kleinen Gebilde per vias naturales ermöglicht, wodurch sich die Prognose selbstverständlich bei weitem günstiger gestaltet. Leider scheint aber bei uns zu Lande an Blasentumor überhaupt nicht gedacht zu werden oder doch erst zu einer Zeit, in der dem Pat. nicht mehr zu helfen ist. Wenn irgend wo, so liegt das Lebensschicksal der Patienten gerade bei diesem Leiden einzig und allein in den Händen des Arztes.

(Autoreferat).

In der Diskussion weist Zoepffel darauf hin, dass in Anilinfabriken bösartige Geschwülste der Blase in einer auffallenden Häufigkeit beobachtet würden. — Bei periodisch auftretender Hämaturie handele es sich besonders darum festzustellen, ob ein gutartiger oder bösartiger Tumor vorliege. Die ersteren bildeten mit Vorliebe dünne flottierende Zotten; während die malignen Tumoren blumenkohlartig oder pilzförmig der Blasenwand aufsässen. Namhafte Chirurgen seien der Ansicht, dass nur diese letztere Gruppe von Blasengeschwülsten operativ behandelt werden, die gutartigen Tumoren dagegen in Ruhe gelassen werden sollen, während sich wieder Andere in jedem Falle für eine Operation aussprechen.

Prissmann referiert darauf über die Ansichten der Feodorow'schen Schule, wonach alle Tumoren, auch die gutartigen, möglichst früh zu exstirpieren seien; finde sich jedoch bei einer malignen Geschwulst bereits eine stärkere Infiltration der Umgebung, solle nicht mehr operiert werden, da der Patient nicht mehr zu retten sei. — Hinsichtlich des Aussehens der Blutungen macht Prissmann darauf aufmerksam, dass grosse Blutcoagula für eine Erkrankung der Blase, dünnes Blut eher für eine Nierenaffektion spreche.

Friedberg referiert kurz über zwei Fälle von Hämaturie bei Blasensteinen.

Goldberg über einen Fall, bei dem die Blutung aus einer tuberkulösen Niere stammte, nach deren Entfernung der Patient dauernd genas.

3. Goldberg referiert über die Sektion bei einer Patientin, die moribund im Krankenhaus eingeliefert wurde. Die Obduktion ergab eine ausgetragene Bauchhöhlenschwangerschaft. Die Plazenta inserierte an der vorderen Bauchwand; der Uterus befand sich rechts und entsprach in seiner Grösse dem 3. Schwangerschaftsmonat.

Präses: Prissmann.
Sekretär: Ischreyt.

Tagesnachrichten.

Personalia.

— Zum Jarosslawschen Gouvernementsmedizinalinspektor ist der bisherige Gehülfe des Simbirskischen Gouvernementsmedizinalinspektors und Oberarzt der Simbirskischen Gemeinschaft barmherziger Schwestern des Roten Kreuzes, Staatsrat Dr. Blagowidow, ernannt worden.

— Der bisherige Gehülfe des Obermedizinalinspektors, wirkl. Staatsrat Dr. Leonid Malinowski, ist definitiv zum Obermedizinalinspektor des Ministeriums des Innern, an Stelle von Prof. Dr. Anrep, ernannt worden. — Dr. Malinowski, der im November v. J. sein 52. Lebensjahr überschritten hat, ist Absolvent der Moskauer Universität im Jahre 1877 und begann seine ärztliche Tätigkeit als Militärarzt im Kaukasus, wo er auch am russisch-türkischen Kriege teilnahm. Im Jahre 1881 liess er sich ins Zivilressort überführen und bekleidete verschiedene Stellungen in Tschernigow, bis er 1886 zum Oberarzt des Krankenhauses des Estländischen Kollegiums der Allg. Fürsorge ernannt wurde. Drei Jahre später wurde er Gouvernements-Medizinalinspektor von Estland und 1892 von Ssamara. 1896 erfolgte seine Ernennung zum Vizedirektor des Medizinaldepartements und nach Aufhebung des Medizinaldepartements i. J. 1904 zum Gehülfen des Obermedizinalinspektors.

— Am 12. Februar vollendeten sich 30 Jahre der ärztlichen und wissenschaftlichen Tätigkeit des Professors der speziellen Pathologie und Therapie am hiesigen klinischen Institut der Grossfürstin Helene Pawlowna, wirkl. Staatsrat Dr. Michael Afanasjew. Bei dieser Gelegenheit wurde ihm von seinen näheren Gehülfen eine kunstvoll ausgestattete Adresse überreicht und in seiner Vorlesung wurde der Jubilar von den zahlreich versammelten ärztlichen Hörern lebhaft bewillkommnet, nachdem einer von ihnen in einer längeren Rede die Verdienste des Jubilars um die Wissenschaft und die Aerzte hervorgehoben hatte.

— Zu Stadtverordneten der Stadt Hasenpoth (Kurland) für das Quadriennium 1907—1911 wurden u. a. die dortigen Aerzte Dr. Julius v. Haller und Dr. Adolf Sedding gewählt. Dr. v. Haller gehörte bereits dem Bestande der bisherigen Stadtverordnetenversammlung an.

— Wie aus Marburg gemeldet wird, tritt der Professor ord. und Direktor der chirurgischen Klinik an der dortigen Universität, Geheimrat Dr. Ernst Küster, mit dem 1. April d. J. vom Lehramt zurück. Prof. Küster, der gegenwärtig im 68. Lebensjahre steht, habilitierte sich 1875 in Berlin als Privatdozent für Chirurgie und wurde 1890 zum ordentlichen Professor der Chirurgie in Marburg ernannt. Seit 1899 ist er auch durch königliche Berufung Mitglied des preussischen Herrenhauses auf Lebenszeit.

— Verabschiedet sind: Der Divisionsarzt der 3. Kavalleriedivision Dr. Wassiljew und der ältere Ordinator des St. Petersburger Nikolai-Militärhospitals Dr. Esow, beide krankheitshalber mit Uniform und Pension, sowie unter gleichzeitiger Beförderung zu wirklichen Staatsräten.

— Dem älteren Arzt der 11. Flottenequipage Dr. Splett und dem jüngeren Arzt der 1. Flottenequipage des Generaladmirals Grossfürsten Konstantin Nikolajewitsch Dr. Arnhold ist der St. Wladimirorden 4. Klasse mit Schwertern verliehen worden.

Nekrologe.

— Verstorben sind: 1) Am 2. Februar zu Moskau der Chef der städtischen Medizinalverwaltung Geheimrat Dr. W. Ostroglasow im Alter von 73 Jahren. Der Verstorbene hatte i. J. 1859 die Moskauer Universität mit dem Arztgrade absolviert und stand seit dem Jahre 1885 der Moskauer Medizinalverwaltung als Chef vor und war gleichzeitig Mitglied des beim Medizinaldepartement bestehenden Veterinärkomitees. Er nahm auch an den Arbeiten der Kommission zur Beaufsichtigung der Wasserleitungs- und Kanalisationsanlagen regen Anteil und führte regelmässig die Statistik über die Todesfälle in Moskau. Seine literarischen Produkte veröffentlichte er gewöhnlich im «Russki Archiv», dessen ständiger Mitarbeiter er lange Jahre war. 2) In Batum am 12. Februar der dortige freipraktizierende Arzt Dr. Axel Oehrn im nahezu vollendeten 45. Lebensjahre. Im Pastorat Wendau (Livland), wo sein Vater Prediger war, geboren, erhielt er seine Schulbildung im Dorpater Gymnasium, worauf er die örtliche Landesuniversität bezog, an welcher er von 1879—88 Medizin studierte. Nach Erlangung der Doktorwürde 1889 war er Kirchspielsarzt zu Wendau, zog aber bereits im Jahre 1894 in den Kaukasus, wo er auf den Kupferwerken der Gebrüder Siemens in Kedabeg als Arzt tätig war. In den letzten vier Jahren lebte er als freipraktizierender Arzt in Batum. Ausser seiner Doktordissertation «Experimentelle Studien zur Individualpsychologie» hat er eine Arbeit über «Trachomstatistik in Livland» in unserer Pet. med. Wochenschrift (Jahrgang 1892) veröffentlicht. 3) Am 31. Januar in St. Petersburg der ältere Ordinator an der Gemeinschaft barmherziger Schwestern zur Kreuzeserhöhung, wirkl. Staatsrat Dr. Michael Aksjuk, im 55. Lebensjahre nach 30-jähriger ärztlicher Tätigkeit. Der Verstorbene beschäftigte sich speziell mit der Augenheilkunde. 4) In Irkutsk der dortige praktische Arzt Dr. Cölestin Ciechanowski im Alter von 70 Jahren. Der Dahingeschiedene, welcher vor nahezu 50 Jahren die Venia practicandi an der Moskauer Universität erlangt hatte, wurde i. J. 1864 wegen Beteiligung am polnischen Aufstande nach Sibirien verbannt. Erst nach zwei Jahren wurde ihm gestattet, sich als praktischer Arzt in Irkutsk niederzulassen, wo er sehr bald zu den populärsten und beliebtesten Aerzten gehörte. 5) In St. Petersburg die Aerztin an den Stadtschulen Raissa Pawlowa, geb. Rudenko im 49. Lebensjahre nach mehr als 20-jähriger praktischer Tätigkeit. 6) In Greifswald der ausserordentliche Professor der inneren Medizin Geh. Medizinalrat Dr. Paul Krabler im Alter von 65. Jahren. Der Verstorbene leitete seit Jahren die Universitäts-Kinderklinik und die Poliklinik.

Von Universitäten und medizinischen Instituten.

— Die im Dezember 1906 und Januar 1907 zum ersten Male an der Kiewer Universität abgehaltenen Fortbildungskurse für Aerzte haben, wie wir dem «R. Wr.» entnehmen, nur mässigen Zuspruch gefunden, weil die Bekanntmachung betreffs der Kurse zu spät erfolgt war. Es nahmen an den Kursen im ganzen 58 Aerzte teil. Der nächste Zyklus wird im Dezember 1907 stattfinden. — In Moskau haben die von den Professoren Lewschin und N. Golubow und Dr. Modlinski organisierten privaten Repititionskurse für Aerzte (vom 15. November 1906) etwas mehr Teilnehmer, nämlich 73 (40 Moskausche und 33 auswärtige Aerzte), gehabt. Die nächsten derartigen Kurse in Moskau sollen, wenn möglich, von der Pirogowgesellschaft der Aerzte in erweitertem Umfange organisiert werden.

— Die Moskauer Universität hat auf ihr Gesuch, Frauen mit dem nötigen Bildungszensus zum Studium an der Universität zulassen zu dürfen, vom Ministerium der Volksaufklärung die Antwort erhalten, dass der Ministerkonseil die Entscheidung dieser Frage nur auf gesetzgebendem Wege für möglich hält.

— Der Professor der inneren Medizin Dr. Fritz Voit, der seit dem Herbst 1906 als Nachfolger von Prof. v. His die medizinische Klinik in Basel leitet, hat den ursprünglich von ihm abgelehnten Ruf an die Universität Giessen nun doch angenommen, wo er den Professor Dr. Friedrich ersetzen wird, der Krehls Professur in Strassburg übernommen hat.

— An der Berliner Universität sind für das bevorstehende Sommersemester 1907 nicht weniger als 1035 Vorlesungen angekündigt worden, von denen 360 auf die medizinische Fakultät entfallen. Aus dem Lehrstoffe der medizinischen Fakultät heben wir einige Vorlesungen heraus, die wohl kaum auf einer anderen Universität gehalten werden: Eulenburg, allgemeine Nervenhygiene und Nervendiätetik; R. du Bois-Reymond, die physiologischen Wirkungen der Kultur auf den Menschen; Laehr, die soziale Bedeutung der Nervosität; Gutzmann, die Gesundheitspflege der Stimme und Sprache; Pagel, Literaturgeschichte der Medizin.

Standesangelegenheiten.

— Bedrohungen der Aerzte in Baku. Die Ermordung des Arztes am Balachany'schen Hospital bei Baku Dr. Scheinin ist, wie der Zeitung «Rjetsch» von dort geschrieben wird, offenbar aus einem breitangelegten Plan eines empörenden und niederträchtigen Kampfes hervorgegangen. Vor dieser Mordtat hatte man den Drohungen, die gegen die Aerzte laut wurden, kein Gewicht beigelegt. Diese Drohungen gingen von depravierten Arbeitern aus, die oft von den Aerzten ohne jeden Grund ärztliche Zeugnisse über Verlust der Arbeitsfähigkeit für irgend eine nichtige Wunde verlangten. Nach der Ermordung Dr. Scheinins begannen diese Drohungen immer hartnäckiger zu werden und richteten sich nicht nur gegen die Aerzte, sondern auch gegen die Feldscher und das übrige Hospitalpersonal. Auf den Bakuschen Naphtawerken ist die Lage infolgedessen unerträglich geworden, wie das uns auch von Beamten dieser Werke, die in den letzten Tagen in Petersburg eingetroffen sind, bestätigt wurde. Aerzte, Feldscher und die barmherzigen Schwestern fürchten sich jetzt, die Krankenbaracken zu besuchen. Zwei Aerzte, Dr. Högerstädt (früher in St. Petersburg) und Dr. Krylow, haben sich genötigt gesehen, abzureisen, aus Furcht

ermordet zu werden. Die übrigen Aerzte und auch das niedere Hospitalpersonal haben erklärt, dass sie den Dienst einstellen werden, falls die Verhältnisse sich nicht zum Besseren wenden.

— Zu dem Bestande der zweiten Reichsduma werden, so weit aus den Mitteilungen über die Wahlen ersehen lässt, eine grössere Anzahl Aerzte gehören, als das in der ersten Reichsduma der Fall war. Bis jetzt haben wir bereits 25 zu Dumamitgliedern gewählte Aerzte gezählt, von denen die überwiegende Mehrzahl den Kadetten und den linken Parteien angehören.

— Dr. M. Kulikow, der von der Gesellschaft Astracher Aerzte zum Präses gewählt wurde, ist von dem örtlichen Gouverneur in diesem Amte nicht bestätigt worden.

— Aus dem Gouvernement Wjatka sind auf Anordnung des Gouverneurs wegen «schädlicher und regierungsfeindlicher Tätigkeit» ausgewiesen worden die Landschaftsärzte des Kreises Jaransk S. Loshkin, N. Flërow und A. Rudjawski.

— Der Arzt Meyer Turubiner, der wegen Zugehörigkeit zu einer regierungsfeindlichen Organisation und Aufbewahrung illegaler Literatur ins Gefängnis gesetzt worden war, ist nach Hinterlegung einer Kaution von 200 Rbl. wieder auf freien Fuss gesetzt worden.

— Die Wahl des von radikaler Seite als Reichsduma-Abgeordneter in Aussicht genommenen, von der Kuikatzschen Gemeinde in Livland zum Gemeindedelegierten gewählten Dr. P. Hellat wurde, wie wir in Nr. 3 mitteilten, von der Dorpater Kreiswahlkommission kassiert, weil P. Hellat nicht in der Gemeinde gelebt und nicht selbst das ihm gehörende Bauerngesinde bewirtschaftet hat. Auf eine von Dr. Hellat daraufhin in der Gouvernements-Wahlkommission eingereichte Beschwerde soll nun, wie das estnische Blatt «Sõnumed» berichtet, die Gouvernements-Kommission die Resolution der Dorpater Kreiswahlkommission aufgehoben haben.

— Wir machen unsere Leser auf die ärztliche Auskunftei aufmerksam, die am 12./25. Februar im Kaiserin Friedrich-Hause zu Berlin (Luisenplatz 2—4) ihre Tätigkeit begonnen hat. Die Einrichtung ist dazu bestimmt insbesondere den fremden Aerzten behülflich zu sein, die zu Studienzwecken nach Berlin kommen. Alle Auskünfte werden unentgeltlich erteilt.

Bf.



Nächste Sitzung des Vereins St. Petersb. Aerzte: Dienstag, d. 20. Febr. 1907.

Tagesordnung:

Küttner: Zum vaginalen Kaiserschnitt.

Nächste Sitzung des Deutschen ärztlichen Vereins: Montag, d. 12. März 1907.

Tagesordnung:

E. Masing: Ueber Auskultation der Flüsterstimme.

Herausgeber Dr. Rudolf Wanach. Buchdruckerei v. A. Wienecke Katharinenhofer Pr. № 15.

XXXII. JAHRGANG. ST. PETERSBURGER Neue Folge XXIV. Jahrg.

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Redaktion von

Prof. Dr. Karl Dehio. Dorpat.

Dr. Johannes Krannhals. Riga.

Dr. Rudolf Wanach. St. Petersburg.

Die „St. Petersburger Medizinische Wochenschrift" erscheint jeden Sonnabend. — Der Abonnementspreis ist in Russland 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr inkl. Postzustellung; in den anderen Ländern 20 Mark jährlich, 10 Mark halbjährlich. Der Insertionspreis für die 3mal gespaltene Zeile in Petit ist 20 Kop. oder 45 Pfen. — Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt. — Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.

Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate bittet man ausschliesslich an die Buchhandlung von K. L. Ricker in St. Petersburg, Newsky-Prospekt № 14, zu richten. — Manuskripte sowie alle auf die Redaktion bezüglichen Mitteilungen bittet man an den geschäftsführenden Redakteur Dr. R. Wanach in St. Petersburg, Petersb. Seite, Alexandrowski Pr. 6 zu richten. Sprechst. Dienstag, Donnerstag und Sonnabend 5—6.

№ 8 St. Petersburg, den 24. Februar (9. März). 1907.

Was lehren uns die Bibel, der Talmud und das Evangelium über Lepra und Syphilis?

Von

Dr. med. H. Higier.
(Warschau).

Wenn ein Arzt nach genauer Vorlesung der Krankheitsgeschichte und nach stattgehabter Krankendemonstration uns um die klinische Diagnose frägt, kommen wir oft in Verlegenheit, da uns manchmal gewisse, mehr oder minder wichtige Einzelheiten fehlen, welche der uns befragende Arzt bei der Krankenuntersuchung, bei der Aufnahme anamnestischer Daten, beim Vortrage unterlassen oder übersehen hat. Schwieriger wird die Aufgabe, wenn das Gericht von einem Sachverständigen eine Diagnosestellung fordert ausschliesslich auf Grund einer vorliegenden Krankheitsgeschichte, wo somit eine Krankenvorstellung, sei sie noch so flüchtig und oberflächlich, ganz ausfällt. Die Sachlage wird dem Sachverständigen noch unheimlicher und verwickelter, wenn ihm eine Beschreibung der Krankheit zur Verfügung steht von einem Arzte aus einem weit entlegenen Zeitalter, das seine eigene Terminologie und wenig rationelle Anschauungen über die Medizin im allgemeinen und speziell über die Pathogenese und Semiotik besessen hat. Je grösser der Zeitabschnitt, welcher uns von der in Frage kommenden Epoche trennt, desto schwieriger und selbstverständlich weniger lohnend wird die Aufgabe. Beinahe absolut unüberwindbar werden die Schwierigkeiten, wenn wir auf Grund von Beschreibungen von Nichtärzten, von Laien oder Kurpfuschern aus längstvergangenen Zeiten die Rekonstruktion von Diagnosen beabsichtigen.

So verhält es sich ungefähr mit der Lage eines Geschichtsforschers beim Entziffern der aegyptischen Papyruse, der indischen Hieroglyphen, beim Aufschliessen der assyrischen Keilschrift, beim Lesen der hebräischen Beschreibungen der Bibel und ihrer Apokryphe. Finden wir uns einigermassen zurecht mit der Erkenntnis von Krankheiten und Symptomen bei Hippokrates, Herophiles, Galenus, Aretaeus und anderen Aerzten des Altertums, so stossen wir schon auf viel grössere Schwierigkeiten in den klassischen Beschreibungen von Krankheiten bei Nicht-Aerzten, mag es sich um einen Homer, Sophokles, Aeschylos, Eurypides, Seneca, Cicero, Ariosto, Tasso, Sheakspeare, Zola, Ibsen handeln. Ich will nur von den mir besser bekannten Typen der Nerven- und Geisteskrankheiten bei den genannten Autoren erwähnen: die Neurasthenie, Hysterie, Tic convulsiv, epileptischen Dämmerzustand, melancholischen Selbstmord, Coccygodynie, Ataxia transitoria, Epilepsia procursiva, halluzinatorischen Wahnsinn, Simulation von Psychosen, Besessenheitswahn (Herakles, Orestes, Athamas, Ina, Jo, Agane, Dionisos, Edypos, Eteokles, Aiax, Penteus, Serane, Kallisto, Alkmaeon, Roland, Hamlet, Macbet, Ophelia, Lear u. s. w.) in ihren epischen, dramatischen, belletristischen und philosophischen Werken.

Wenn wir uns zur Bibel, zum Talmud und zum Evangelium, von denen die zwei letzteren beinahe gleichzeitig während einer längeren Zeitperiode zusammengestellt wurden, wenden, so finden wir dort Beschreibungen mehrerer Krankheiten, deren Erkenntnis seit Jahrhunder-

[illegible]en viel Kopfzerbrechen den Geschichtsschreibern der Medizin bereitet hat; so z. B. die Pest der Philister (Samuel I. 5), die Epidemie im Lager der Assyrier (Könige II, 19) und der Israeliten (Samuel II. 24), die Krankheit des Königs Hiskia (Anthrax), von Asa (Gicht), Jerobeam (Hysterie), Hiob (chronisches Ekzem), Jehoram (Hernia incarcerata), Jakob (Ischias), Antiochus Epiphanes (Myelitis traumatica), die Geisteskrankheiten von Abimelach, Ahitophel, Raris, Simri, Simson, Nebuchadnezar, Saul u. s. w.)

Der Talmud stellt uns auch manches schwierige Rätsel zum Lösen, beispielsweise die Epidemie im Heere des Königs Sanherib, die Krankheit des Kaisers Titus, die Blutkrankheit Jeragon, die Bulinrie.

Eine viel leichtere Aufgabe haben wir beim Evangelium, wo Christus als Wunderarzt auftritt. Es wird hier eine ganze Reihe schwerer Neurosen und Psychosen angeführt: δαιμογιζομενοι, σεληγιαζομενοι, παραλυλυμενοι, παραλυτικοι, χωλοι, ἀλαλοι, μοψιλαλοι, τυφλοι, κωφοι, ἀστενικοι, ξησοι). Ganz ohne diagnostische Rätsel geht es aber auch hier nicht, wie aus den Leiden von Judas Ischarioth, Herodes, Agrippa und Lazarus belehren. Von den Krankheiten, welche im vergangenen Jahrhundert die Historiker am meisten beschäftigt haben, ist diejenige besonders erwähnenswert, welche in der Bibel und im Talmud unter dem hebräischen Namen „Zoraath“ und im Evangelium unter dem griechischen „Lepra“ nicht gleichbedeutend mit dem gegenwärtigen Aussatz, angeführt wird.

Unlängst hat Dr. Grünbaum (Krytyka lekarska XI), ein guter Kenner der hebraeischen Sprache und modernen Medizin, auf's Neue die Frage zu ventilieren versucht, welche Krankheitsform man eigentlich unter dem biblischen Namen „zoraath“ zu verstehen habe, und gelangt zum Schluss, dass es ohne Zweifel Syphilis war.

Bei der enormen Wichtigkeit dieser Frage für die Geschichte der Medizin lohnt es sich nachzuforschen an der Hand des vorliegenden Forschungsmaterials, wie die Frage über Lues und Lepra des Altertums entschieden werden kann. Wäre die Voraussetzung, es handle sich bei der Zoraath um Lues zutreffend, so hätten wir die Entscheidung einer Frage fertig, welche den Gelehrten — mit Virchow an der Spitze — viele schlaflose Nachtstunden und polemische Erbitterungen bereitet hat, nämlich der vielfach diskutierten Frage über das Vorkommen venerischer Krankheiten, namentlich Syphilis, in den biblischen Zeiten von Moses, d. h. während der Regierung des Pharao aus der 19. Dynastie Ramses des II. (18.—19. Jahrhundert v. Christus).

Dr. Grünbaum zitiert den ganzen entsprechenden Passus aus der Bibel (Leviticus XIII) und entzückt über die eines ausgezeichneten Diagnostikers würdige Beschreibung der Zoraath, gelangt er zu dem oben angeführten Schlusse der Identitat mit Hautsyphilis, hauptsächlich auf die daselbst in der Bibel erwähnte Erblichkeit und Uebertragbarkeit der Krankheit gestützt.

Da ich die Bewunderung über die klassische Exaktheit der Schilderung der Krankheit nicht teilen kann, dagegen eine absolut unverständliche Terminologie und nicht unzweideutige Definitionen im Originale vorfinde und einer Reihe von Symptomen, die jetzt nur ausnahmsweise bei Hautkranken auftreten, begegne, so will ich die Frage dahin gestellt sein lassen, wer an den Mängeln und auffallenden Fehlern des biblischen Textes schuld hat, ob sie durch die Unwissenheit der späteren Kopisten — Kaligraphen oder durch den Pietismus und die Kritiklosigkeit des Mitgliedes des grossen Synhedrions, welche nach der Rückkehr aus der babilonischen Diaspora eine falsche Redaktion des biblischen Kanons akzeptiert haben, verursacht sind. Ich will nur die Tatsache, welche ich theoretisch in der Einleitung gestreift habe, feststellen, dass die retrospektive Diagnose eines Leidens, speziell einer Hautkrankheit auf Grund von wenig exakten, kaum verständlichen Beschreibungen von Aerzten und Priestern aus längst vergangenen Zeiten oder vielleicht auch von Laien [1]), denen die Medizin ganz fremd war, zu den sehr schwierigen und im gegebenen Falle sogar unmöglichen Aufgaben gehört. Diejenigen, welche sich für den Wortlaut des biblischen Textes interessieren, kann ich auf das Original oder den Aufsatz von Koll. Grünbaum verweisen; hier will ich an der Hand des biblischen Textes meine Meinung kurz zu begründen versuchen.

Als zur „Z“ (unter „Z“ verstehe ich Zoraath der Bibel und des Talmud und die gleichbedeutende λέπρα des Evangeliums) gehörig, ist nach dem Gesetzgeber Moses jeder Hautausschlag, Grind oder heller Fleck verdächtig. Wirklichen Aussatz diagnostiziert der Priester und verordnet entsprechende sanitätspolizeiliche Maassnahmen nur in dem Falle, wo die betroffene Stelle eine Vertiefung oder Einsenkung der Haut darstellt, wenn sich auch die Haare in der verdächtigen Gegend entfärben und wenn sich — was ein Beweis einer verschleppten, chronischen Form ist — beim ansteckenden Patienten Wildfleisch und Kahlköpfigkeit lokal entwickelt.

* * *

Da meiner Ansicht nach die Definition der Krankheit im 3. Buche Moses fehlerhaft und irreführend ist, so wollen wir nachforschen, wie der biblische Aussatz in konkreten Fällen beschrieben ist.

Miriam (Numeri XII. 14) wurde plötzlich, weil sie über Moses, Gottes Diener, Böses geredet hat, von Aussatz befallen, wobei ihre Haut schneeweiss wurde. Aaron verwandte sich für Miriam bei Moses in prognostisch sehr traurig klingenden Worten: „Lass sie nicht werden wie ein totes Kind, dessen Fleisch, wenn es aus dem Mutterleibe kommt, zur Hälfte verfault ist“. Auf die Fürbitte bei Jehwe genas Miriam nach 7-tägiger Absperrung aus dem Lager.

Naeman, Feldherr des aramischen Königs (Könige II. 5) vom Aussatz befallen, wendet sich zu Elisa, dem Propheten in Israel, um Rat und wird nach 7 Bädern im Jordan von seinem Leiden befreit.

Gehasi (Könige II, 5), ein Diener des Elisa, hat die Lage ausgenützt und den Rekonvaleszenten in gemeiner Weise angebettelt, gleichzeitig seinen Herr Elisa, den heiligen Gottesmann, der davon gut unterrichtet war, frech angelogen. Er wurde sammt seiner Nachkommenschaft von Elisa verflucht und verliess sein Haus, mit einer „Z“ bedeckt und mit schneeweiss verfärbter Haut.

Von vier aussätzigen Männern erzählt die Bibel im selben Buche (Könige II, 7). Sie befanden sich vor dem Stadttore der von den Aramäern belagerten Samaria und waren lange Zeit unentschlossen, was sie tun sollen, da jedenfalls der Tod ihr Loos sei, bedingt durch den Aussatz, den Hunger oder die Feindeshand. Sie wählten das letztere.

Usia, der 52 Jahre in Jerusalem regierte (Chronik. II. 26), verging sich in seinem Uebermut gegen Jahwe. Während er im Heiligtum mit den Priestern zürnte, brach an seiner Stirn der Aussatz hervor. Aussätzig bis zum Tage seines Todes, war er vom Tempel ausgeschlossen und wohnte in einem besonderen Hause als Aussätziger.

* * *

[1]) Die erste Notiz über einen Arzt (rofe), der nicht vom Priesterstande herstammt, finden wir im Pentateuch bei der Geschichte Hiskias (720 v. Chr.).

Man kann folglich, wie wir sehen, die biblische „Z“ gemäss Beschreibung und Kasuistik in zwei Formen einteilen: eine ansteckende und eine nicht ansteckende. Letztere schwindet nach kurzer Zeit, was dem Priester die Möglichkeit giebt, die schwere „Z“ auszuschliessen und den Kranken der Gesellschaft nach kurzdauernder Isolation zurückzuliefern.

Dass die „Z“ nicht eine streng definierbare nosologische Einheit repräsentiert, sondern einen Sammelbegriff bezeichnet, der eine grosse Reihe scheinbar identischer, in aetiologischer und pathologischer Hinsicht aber ganz differenter Krankheitsbilder umfasst, beweisen u. A. die diametral verschiedenen Ansichten, die über diese Frage unter den Gelehrten in der ziemlich umfangreichen Literatur dieses Gegenstandes gegenwärtig herrschen.

Eine Gruppe von Autoren, in der wir Namen, wie Baerensprung's, Danielson's, Haeser's, Milroy's, Lorry's, Neumann's, Preuss', Wilson's und anderer berühmter Kenner des Aussatzes finden, betrachtet als wirklichen Aussatz, als klassische Lepra die biblische „Z“, von verschiedenen Kommentatoren durch Lepra mosaica, Hebraeorum, Judaeorum, Arabum, Morphaea alba, Elephantiasis Graecorum übersetzt.

Die zweite Gruppe, mit Liveing und Hirsch an der Spitze, erkennt in „Z“ neben dem Aussatze andere Dermatosen, namentlich Psoriasis und Ekzem.

Eine ziemlich zahlreiche Gruppe Gelehrter, die in der biblischen Beschreibung nichts für die Lepra charakteristisches erblicken, suchen verschiedene Diagnosen zu stellen. Kaposi hebt das Vorhandensein nur zweier, für Aussatz charakteristischer Symptome — eigentümlicher Verfärbung der Haare und Einsenkung des erkrankten Hautabschnittes — hervor und neigt zur Meinung, man solle unter „Z“ hauptsächlich Leukopathie und Psoriasis verstehen. Hebra, auf das Fehlen von Angeben über Hautverdickung bezugnehmend, bezweifelt die Richtigkeit der oft diagnostizierten Pachydermie und Elephanthiasis Arabum und äussert sich für Lues und Scabies. Er vergisst jedoch, dass die Bibel kaum solch' ein augenfälliges, für Krätze charakteristisches Symptom, wie es das Juckgefühl ist, unerwähnt lassen würde. Die Krankheit Naeman's, welche nach sieben Bädern im schwefelreichen Jordan heilte, konnte wirklich Scabies sein. Das Leiden des Prophetendieners Gehasi, welcher, nachdem er Naeman's Kleider angezogen hatte, erkrankte, gehört wahrscheinlich zur selben Gruppe.

Manche Dermatologen, wie Münch, erblicken in der „Z“ eine mit Vitiligo endemica (pesi) der Sarten in Turkestan identische Krankheit, der Pigmentschwund der Haut eigentümlich ist. Andere, wie Katzenelson, betrachten sie für eine Dermatomykose, die zwei charakteristische Grundsymptome bereitet: Abschuppung der Oberhaut und deren Ansteckungsfähigkeit.

Unter den Autoren, welche im biblischen Aussatz Syphilis erblicken, nehmen die extremste Stellung Proksch Höfler, Finaly und Buret ein. Interessant ist die naive Beweisführung Buret's, der zu folge die Syphylis den Hebräern schon 1921 Jahre vor unserer Aera bekannt war, Sarah's Sterilität luetischer Natur war und Pharao, von Sarah angesteckt, den ganzen Hof unwillkührlich infiziert hat. Finaly behauptet ebenfalls ohne genügende Gründe, dass die Bibel vielmehr, wo sie von angesteckter oder von, durch „Z“ betroffener Haut spricht, die Haut der Geschlechtsteile versteht. Das ist jedoch absolut ausgeschlossen, da sowohl die Bibel als der Talmud keine Prüderie kennen und überall, wo es nötig ist, sogar die drastischsten Gegenstände beim rechten Namen nennen.

* * *

Viel weniger als die Bibel liefert uns das Evangelium Material zur Entscheidung des uns interessierenden Gegenstandes. Die Zeiten von Christus gehören zu jenen Ausnahmsepochen der Kulturgeschichte der Menschheit, die, wie die Epoche der Kreuzzüge, der Flagellanten, der Hexen, der Inquisition Geisteszustände zu Tage bringt, welche durch Eigentümlichkeiten ziemlich schroff von der Norm abstechen, Geisteszustände von abnormer Exaltation und pathologischer Intensität, welche sich in wirklichen Epidemieen von Neurosen und Psychosen hie und da kundgeben.

Ob die λέπρα des Evangeliums mit der biblischen Zoraath identisch ist, lässt sich schwer sagen. Nach Adams spricht alles dafür, dass der im Neuen Testament erwähnte Aussatz ganz was anderes bedeute. Winer behauptete in der ersten Hälfte des verflossenen Jahrhundert, dass „Z“ der Bibel der sog. Leuke-Lepra entspreche, während die evangelische Lepra mit der in Aegypten anzutreffenden Elephanthiasis tuberculosa identisch sei. Heusler erblickt im Aussatz des Evangeliums ein Synonim der Lepra Saracenorum, ohne jedoch die biblische „Z“ mit weisser Verfärbung der Haut für wirklichen Aussatz zu betrachten. Die Krankheit des Lazarus (Luc. XVI. 19), welche Prunner und Siegfried der Gelenklepra anzureihen suchen, hat nichts für Lepra charakteristisches. An drei Stellen (Mat. X. 8; Luc. VII. 22; Mat. XI. 8) wird im Evangelium der Aussatz neben vielen anderen Krankheiten erwähnt, welche rasch oder unvermittelt geheilt wurden. An vier anderen Stellen werden ἀνὴρ πλήρης λέπρας oder sogar (Luc. XVII. 12) δέκα λεπροί ἄνδρες erwähnt, welche Christus zu den Priestern schickt, in deren Gegenwart sie geheilt werden. Es ist bemerkenswert, dass bei der Lepra nur von Männern die Rede ist.

Im Evangelium machen ebenfalls die sehr oberflächlichen Krankengeschichten und sehr mangelhaften Notizen über die Wunderheilungen eine ärztliche Diagnosestellung sehr problematisch. Wahrscheinlich ist es, dass es sich auch hier neben Fällen von wirklichem Aussatz um Fälle von abortiver, schwach entwickelter Lepra, heilbarer Lues, chronischer Urticaria (Bennes) und vasomotorischen Neurosen (Friedrich), welche den leprösen Ausschlag simulierten, handelte.

* * *

Wenig positives finden wir auch im Talmud, welcher in 14 Kapiteln (Tract. Negaim) die biblische Zoraath im Zusammenhang mit den rituellen und den gesetzlichen Folgen des schweren Leidens bespricht. Eigentümlich lautet ein Passus des babilonischen Talmuds (Joma V. 7), von Preuss und Ebstein zitiert, wo es heisst, dass Leprösen durch Reiben des grossen Fingers der rechten Extremitäten mit Opferblut geholfen werden kann. Hat aber — fügt Rabi Elieser hinzu — der Kranke im Laufe der Krankheit eben diese Finger verloren, so sind die Aussichten auf Heilung minimal. Dass Elieser gerade bei Besprechung der Zoraath-Therapie den Mangel von Fingern erwähnt, lässt den Gedanken an Lepra mutilans auftauchen.

Noch eine andere Stelle aus der Mischna wird von Preuss zu Gunsten der Diagnose «Aussatz» zitiert.

In derselben wird erzählt, dass vor den Weibnachtsfeiertagen viele unglückliche Kranke aus Jerusalem zu den Aerzten gefahren kamen, um «ihre herabhängenden gefühllosen Glieder» zu amputieren, da «ein durch leblose Körperteile verunreinigter» in den Opfertempel nicht eintreten darf.

Von sonstigen Kapiteln des Talmuds, die «Z» behandeln (Synhedrin, Kethuboth, Chullin, Makkoth, Megilla) seien erwähnt: eines, wo gesagt wird, dass

Kranke, die mit Aussatz, Samenfluss, weissen Flecken an den Händen behaftet sind, vom Tempeldienste auszuschliessen seien und ein zweites, in welchem behauptet wird, dass die Abwesenheit der schwer heilbaren «Z» in Babylon sich nach Jochanan dadurch erklären lasse, dass deren Einwohner viel Beisskohl geniessen, Meth trinken und im Flusse Frat baden.

Die übrigen einschlägigen Stellen aus der talmudischen Mischna und Semara beschäftigen sich ausschliesslich mit juristischen und rituellen Diskussionen und gehen nicht näher auf die klinische Charakteristik und semiotische Zeichen der Krankheit ein.

* * *

Wenn wir somit sämmtliche angeführte Daten resumieren, die uns die Beschreibung der Krankheit in der Bibel, die diesbezüglichen Krankengeschichten des Alten Testaments und des Evangeliums, die rituellen Vorschriften und diagnostisch-therapeutischen Kommentarien des Talmuds liefern, so müssen wir leider zu einer beinahe negativen Meinung gelangen. Es sind nirgends Tatsachen angeführt, welche unzweideutig für das Vorhandensein von Lepra und Syphilis sprechen müssten. Es ist selbstverständlich nicht ausgeschlossen, dass unter «Zoraath» und «Lepra» — diesen Sammelbegriffen für heterogenste Krankheiten — auch jene Krankheitsspezies mitinbegriffen sind, wofür auch ihr endemisches Vorkommen im Aegypten der letzten Jahrhunderte sprechen dürfte. Es fehlt jedoch an zuverlässigen Angaben, welche eine genauere Definition und Klassifikation der einzelnen Formen ermöglichen. Die biblische Beschreibung eignet sich trotz ihrer Exaktheit und Präzision durch ihre Terminologie (Zoraath, nega, nesek, bohak, keireach, gibcach) zur wissenschaftlichen Kritik sehr wenig. Die moderne Lehre von Dermatosen weiss leider nicht viel anzufangen mit Fällen von plötzlichem Auftreten des Aussatzes, plötzlichem Schwinden der λέπρα, mit identischer Krankheit an den Mauern des Wohnhauses und an der Kleidung des Betroffenen, wovon uns sowohl die Bibel als der Talmud und das Evangelium erzählen. Eine genaue Diagnose ist weit schwieriger, da überall von einer heilbaren und unheilbaren Form die Rede ist, welche der Priester nicht auf Grund einer speziellen Symptomatologie oder ex juvantibus differenziert, sondern nach dem Krankheitsverlaufe während der 7- bis 14-tägigen Isolation unterscheidet.

Die als Beweis für die Existenz der Syphilis und Lepra angeführte eingehende Berücksichtigung — seitens der Bibel und des Talmuds — der Klinik und Therapie der Hautkrankheiten (negaim) lässt sich ganz einfach dadurch erklären, dass die Juden zu jenen Zeiten sehr sorgfältig Reinlichkeit und Gesundheit der Haut kultivierten. Dafür sprechen u. A. unzählige diesbezügliche Aphorismen des Talmuds (z. B. Rabi Samuel in Nedarim 81. A: «Vernachlässigen der Haut heisst Ausschläge sich anschaffen»; Rabba in Sabbath XIX. 2 «Waschen des Gesichts und eiliges Abtrocknen verursachen Ausschlag»); eine lange Reihe von im Talmud genannten kosmetischen Mitteln, welche ich an anderer Stelle bei Besprechung der talmudischen Chirurgie erwähnt habe; die von den Gelehrten angeratenen häufigen Abwaschungen, kalten Bäder, Dampfbäder; die im Talmud empfohlenen «grosses Meer, heisse Thermen der Tiberia und Mineralbäder des Sodoms» (Sabath 14 c); die obligatorischen Bäder bei Frauen nach der Menstruation, nach Aborten, nach dem Wochenbett u. s. w.

Das ist der gegenwärtige Standpunkt der Syphilis-Leprafrage des Altertums. Präzise Diagnosen lassen sich nicht stellen aus Urkunden, — wie die Bibel —, die weder von Aerzten noch für Aerzte geschrieben sind oder die — wie der Talmud und das Evangelium — in solchen Perioden niedergeschrieben sind, wo dem Aberglauben ein sehr breiter Spielraum gegeben ist, wo weder Naturwissenschaft noch Medizin gedeihen und Fortschritte machen konnten.

Wichtigste litterarische Quellen.

Hebra, F. und Kaposi, M. Lehrbuch der Hautkrankheiten. Stuttgart.

Hirsch, A. Handbuch der historisch-geographischen Pathologie. Stuttgart.

Münch, G. Die Zoraath (Lepra) der hebräischen Bibel. Hamburg.

Finaly, S. Ueber die wahre Bedeutung des Aussatzes in der Bibel. Arch. f. Dermat. u. Syphil. 1870.

Preuss, J. Die männlichen Genitalien und ihre Krankheiten nach Bibel und Talmud. Wien. med. Woch. 1898.

Sack, A. Was ist die Zaraath (Lepra) der hebräischen Bibel. Virch. Archiv. Bd. 144.

Bacher, W. Die Agade der Palästinensischen Arnoräer. Strassburg.

Bergel, J. Die Medizin der Talmudisten. Leipzig.

Ebstein, W. Die Medizin im alten Testament, im neuen Testament und im Talmud. Stuttgart.

Graetz, H. Geschichte der Juden. Berlin.

Katzenelson, L. Die rituellen Reinheitsgesetze der Bibel und im Talmud. Monatsschrift f. Geschichte u. Wissenschaft d. Judentums 1899—1900.

Preuss, J. Biblisch-talmudsche Pathologie und Therapie. Zeitschr. f. klin. Medizin 1902.

Proksch. Geschichte der venerischen Krankheiten 1895.

Holtzmann, O. War Jesus Exstatiker? Tübingen 1906.

Wolzendorff, G. Gesundheitspflege und Medizin der Bibel. Christus als Arzt. Wiesbaden 1903.

Kuntz, S. Christus medicus? Berlin 1906.

Bücheranzeigen und Besprechungen.

Jahresbericht über die Leistungen und Fortschritte auf dem Gebiete der Erkrankungen des Urogenitalapparates. Unter der Redakt. von Nitze, Kollmann und Jacoby. I. Jahrgang. Berlin 1906. Karger.

Wie in allen anderen Spezialdisziplinen hat sich auch in der Urologie infolge des steten Anwachsens der Fachlitteratur das Bedürfnis nach einem zusammenfassenden Sammelbericht über alle Erscheinungen der Weltliteratur auf diesem Gebiet durchaus geltend gemacht. Das Erscheinen eines solchen Werkes darf daher mit Freude begrüsst werden und es ist ganz das Verdienst Nitze's die Initiative zur Herausgabe dieses Werkes ergriffen zu haben. Leider ist er vor der definitiven Herausgabe noch gestorben so dass der erste Artikel des neuen Werkes der Nekrolog dieses verdienstvollen Forschers und Arztes ist. An seine Stelle ist dann Prof. Kollmann getreten. Wir sind überzeugt, dass nicht nur unter den Spezialkollegen, sondern auch bei allen anderen Aerzten der urologische Jahresbericht als orientierendes Nachschlagebuch willkommen sein wird.

Wichert.

N. Ortner: Vorlesungen über spezielle Therapie innerer Krankheiten. 4. Auflage. Wien und Leipzig. Verlag von Braumüller. 1907. 688 Seiten.

Professor Ortner's Buch ist dem praktischen Arzt warm zu empfehlen. Es ist ausführlich genug, um das Notwendige auf allen Spezialgebieten der inneren Medizin, medikamentöse wie physikalische Therapie, zu berücksichtigen und stellt doch nicht so hohe Ansprüche an die Zeit und den Beutel des Praktiker's, wie es der «Penzoldt-Stintzing» tut. Für Spezialfragen wird man selbstverständlich gelegentlich auch grössere Nachschlagebücher zur Hand nehmen müssen, besonders da Ortner nicht näher auf die Fachliteratur eingehn kann. Die grosse Zahl der im Text enthaltenen Rezeptformeln

erleichtert die praktische Anwendung der erhaltenen Ratschläge.

Auf den reichen Inhalt kann nicht im Detail eingegangen werden. Hervorheben möchte ich, dass Ortner bei der Therapie der Perityphlitis die Belladonna dem Opium vorzieht, eine Ansicht, die bekanntlich von vielen deutschen Petersburger Aerzten geteilt wird, — im Gegensatz zu deutschen wie russischen Lehrbüchern und Kathedermeinungen. Die Pyramidonbehandlung des Typhus abd. wird von O. gern angewandt und hat er ausgezeichnete Erfolge davon gesehn, was Ref. von sich nicht behaupten kann. Freilich wendet O. viel häufiger und somit im ganzen viel grössere Gaben an, als sie bei uns gegeben werden. Bei der Besprechung der Chlorose warnt O., falls Rezidive eingetreten sind, vor dem Ehekonsens, — eine Ansicht, der man sich nicht ohne Weiteres anschliessen wird. Die Ehe an sich, auch die Gravidität, rufen keine Chlorose hervor und letztere gehört zu den relativ leicht zu heilenden Krankheiten. Ref. würde sich so ausdrücken: man heile die Chlorotische und lasse sie dann heiraten.

In einem Anhange des Buches wird von Pref. Frühwald die Therapie akuter Infektionskrankheiten, und zwar der sogen. «Kinderkrankheiten» besprochen.

O. Moritz.

J. Schwalbe (Berlin): Jahrbuch der praktischen Medizin. Jahrgang 1906. Verlag von Ferd. Enke, Stuttgart 1906. Preis 11 Mark.

Das seit bald drei Jahrzehnten regelmässig erscheinende, bewährte Schwalbe'sche Jahrbuch erfüllt auch in dem vorliegenden neuen Jahrgange 1906 seine wichtige Aufgabe, dem praktischen Arzte eine Uebersicht der neuesten Errungenschaften der medizinischen Forschung im letzten Jahre in knapper Form, mit Beiseitelassnng des theoretischen Ballastes, zu bieten und kann daher als ein trefflicher kritischer Jahresbericht über die Leistungen der einzelnen Zweige der Medizin für die Fortbildung der praktischen Aerzte durchaus empfohlen werden. Den Wert der zusammenfassenden Referate garantieren schon die klangvollen Namen der zahlreichen Mitarbeiter, von denen jeder über sein Spezialfach Bericht erstattet hat. Dankenswert sind auch wieder das zum Schluss jedes Abschnittes beigefügte vollständige Literaturverzeichnis, sowie das detaillierte Sach- und Autorenregister, welche die schnelle Auffindung des Gesuchten ermöglichen.

Die äussere Ausstattung ist durchaus befriedigend.

Bernhoff.

A. Neisser: Die experimentelle Syphilisforschung nach ihrem gegenwärtigen Stande. Berlin. Verlag von Julius Springer. 1906.

Die Erforschung der Syphilis, dieser Krankheit, der so vieles zur Last gelegt wird, was man nicht beweisen kann, war in vollste Stagnation geraten, alle Jahr wurden neue Erreger beschrieben, die von Niemandem beobachtet wurden, als im Jahre 1903 von Metschnikoff und Roux die Empfänglichkeit der Affen für Lues konstatiert und sich damit eine neue Quelle der Forschung eröffnete. Als dann Schaudinn im Jahre 1905 die Spirochäta pallida als die Urheberin der Syphilis erkannte, lieferte ein Jahr eine Fülle von Arbeiten, die die Lösung von Fragen näher rückte, die Jahrzehnte der Beantwortung harrten.

Dass da ein Neisser nicht müssig zusehen konnte, war nicht mehr als natürlich; im Gegenteil griff er sehr energisch mit ein und rüstete eine Expedition nach Batavia aus, um an einem grossen Affenmaterial die Krankheit experimentell zu studieren. Die Ergebnisse dieser in grossem Massstabe angelegten Studien im Einklange mit den sonstigen Errungenschaften der letzten Zeit kamen auf dem neunten Dermatologenkongress in Bern im vergangenen Herbst zum Vortrage und liegen uns hier im Sonderabdruck aus den Verhandlung der deutschen dermatologischen Gesellschaft vor. Die Arbeiten sind noch keineswegs zum Abschluss gebracht, doch wird schon zu den Kardinalpunkten der Lehre Stellung genommen: so wird zunächst die Schaudinn-Hoffmann'sche Spirochäte unbedingt als Erregerin anerkannt. Nachdem die Bedeutung der Affensyphilis für das Studium der Infektiosität der verschiedenen Körpersäfte und Organe zu verschiedenen Zeiten auf Grund der Experimente klar gelegt ist, wird die Wirkungsweise des Luesgiftes auf den menschlichen Organismus kritisch beleuchtet und das Dogma des Immunitätseintritts zurechtgestellt. Ebenso wird über die noch nicht ganz eindeutigen und schwierig auszuführenden serodiagnostischen Prüfungen berichtet, die Verf. gemeinsam mit Wassermann und Bruck angestellt hat und die eine Scheidung der latenten von den geheilten Fällen erlauben sollen. Endlich sei noch das höchst wichtige Resultat erwähnt, dass die sehr rasch zustande kommende Durchseuchung des Organismus sämmtliche Präventivmaassregeln illusorisch macht: selbst die Exzision des Primäraffektes und die von Metschnikoff empfohlene Kalomelsalbe haben keinen Effekt.

Ucke.

O. v. Lengerken: Handbuch neuerer Arzneimittel. Frankfurt. Alt.

Der Verf. ist bei Zusammenstellung dieses Buches zunächst bestrebt gewesen die von den einzelnen Farbwerken, Chemischen Fabriken und Laboratorien hergestellten Produkte nach den Angaben derselben (und vorheriger kritischer Musterung letzterer) zu rubrizieren. Daraus setzt sich der erste Teil des vorliegenden Buches zusammen und man muss sagen dass derselbe Alles bietet, was man von einem derartigen Nachschlagewerk erwarten und verlangen kann.

Der II. Teil ist ungefähr 5 mal umfangreicher als der erste und enthält die übrigen Medikamente, Patentmedizinen etc., welche als neue gelten in kurzer, kompendienartiger Weise. Für viele Mittel ist die Kürze die beste Art der Abhandlung, bei anderen wäre gerade ein etwas genaueres Eingehen wünschenswert, wieder andere Mittel hätten ruhig der Vergessenheit überlassen bleiben können. es sei denn, dass man ihre Erwähnung als eine Art Kuriosum auffasset, wie z. B. Hyperbiotin, Fleischextrakt aus den «Köpfen gesunder Tiere».

Druck und Ausstattung des Buches sind gut.

Wichert.

Mitteilungen aus der Gesellschaft praktischer Aerzte zu Riga.

Sitzung vom 20. September 1906.

Anwesend 61 Mitglieder und 9 Gäste: Dr. Dr. C. Demme, G. Schultz, Pacht, Pfeiffer, Holdt, Mende, Cossart, Girgenson und Jankowsky.

Das Protokoll der Sitzung vom 6. September wird verlesen und angenommen.

Eingelaufene Schriften: (9 Schriften von Dr. Otto Büttner gynäkologischen Inhaltes. 1 von Lassar).

P. I. der Tagesordnung. Dr. Krannhals hält seinen angekündigten Vortrag zur Kasuistik der Pankreasnekrose.

Dr. Krannhals berichtet über 3 Fälle von multipler abdomineller Fettnekrose, welche während der letzten 5 Jahre aus der I. therapeutischen Abteilung des Stadtkrankenhauses zur Autopsie gelangten. Alle 3 Fälle betrafen hochgradig fettleibige Frauen im Alter von 45, 50 und 60 Jahren. Im ersten Fall war der klinische Verlauf der einer perforativen Peritonitis und dachte man an eine rezidivierende Appendizitis als Ausgang derselben, der zweite Fall bot das Bild einer Darmstenose dar, der dritte das einer chronischen adhäsiven Peritonitis. In diesem letzten Falle kam es zu ausgedehnten Nekrosen im Fettgewebe der Bauchdecken und wurde die Diagnose auf Fettgewebsnekrose gestellt. Die Autopsie bestätigte diese Diagnose indem sie ausgedehnte Fettnekrosen mit sekundären Abszedierungen im Mesenterium, Netz und vorderen Bauchwand nachwies, jedoch erschien hier das Pankreas (makroskopisch) intakt und die nächste Umgebung desselben, das peripankreale Fettgewebe normal. Eine mikroskopische Untersuchung des Organs ist leider unterlassen worden. Im Eiter der abszedierenden Fettnekrosen der vorderen Bauchwand fand sich Pyocyaneus in Reinkultur. In den beiden anderen Fällen fand sich ausser ausgedehnten Fettnekrosen des Mesenteriums und Omentums auch Nekrose des Pankreas und Blutungen in der Umgebung desselben, in einem Falle auch Nekrosen im subpleuralen Zellgewebe.

Vortragender hält die Frage der Aetiologie noch für eine offene. Man könne die mikroskopische Theorie noch nicht vollständig ad acta legen.

(Eine detaillierte Mitteilung dieser Fälle soll in dieser Wochenschrift erfolgen).

Dr. Schabert: Die jüngste experimentelle Arbeit von S. von Bergmann, die sich mit der Pankreas- und Fettnekrose beschäftige, habe erwiesen, dass nach Injektion von Trypsin ins Peritoneum auch Fettnekrosen am Pericard auftreten; das extraabdominale Auftreten von Fettnekrosen könne also nicht gegen die Fermenttheorie ausgenutzt werden. Seine eigenen Erfahrungen am Sektionstische geben ihm gleichfalls Veranlassung für diese Theorie einzutreten. Bei Verletzung des Pankreas infolge eines operativen Eingriffes sah er in einem Fall eine Ausbreitung der Fettnekrose derart auftreten, dass die geringe Verletzung am Pankreas als Ausgangspunkt der sich anschliessenden Fettnekrosen angesprochen werden musste. Auch die schon anderweitig beobachtete Tatsache, dass Tampons, die Pankreassekret aufsaugen an der Stelle wo sie liegen einen förmlichen Abklatsch durch Fettnekrose geben, könne er bestätigen und müsse sie im obigen Sinne als Stütze dieser Theorie verwertet werden.

Dr. von Bergmann: Der von Dr. Schabert angeführte Fall betraf eine zirkuläre Magenresektion wegen Karzinoms, bei der Operation gelang es nicht sich vom Pankreas entfernt zu halten. Die Verletzungen der Pankreaskapsel haben sich wie stets als sehr verhängnisvoll erwiesen, ob die verletzte Partie mit Peritoneum benäht oder durch Tamponade isoliert worden, immer ist es zur Fettnekrose und zum Exitus gekommen.

Dr. Bornhaupt: Guleke, Böhm, Bryant haben die Beobachtung gemacht, dass die Fettnekrosen nicht nur in der Bauchhöhle, sondern auch über dem Diaphragma und im Mediastinum und zwar den Lymphbahnen entlang entstehen können. Sie sprechen daher die Ansicht aus, dass das Pankreassekret nicht nur auf dem Wege der Diffusion durch Kontakt die Fettgewebsnekrose verursacht sondern auch von den Lymphgefässen aufgesogen und weiter getragen werden kann, so dass auf diese Weise die Fettnekrose den Lymphbahnen entsprechen kann; während die Wirkung des Pankreassekrets durch das Blut in den Blutgefässen durch gewisse chemische Vorgänge abgeschwächt wird. — Seine 2 Fälle zeigen, dass es verschiedene Stadien der Nekrose geben kann. Während im ersten Falle keine zerstreute Fettgewebsnekrosen vorhanden waren und die Veränderungen im Pankreas nur mikroskopisch von Dr. Schabert nachgewiesen seien, makroskopisch dagegen nur eine gewisse härtere Konsistenz und Vergrösserung der Drüse bei der Operation zu konstatieren war, zeigt die Sektion im zweiten Falle ein typisches Bild einer Pankreasnekrose mit zwei Erweichungsherden und blutiger Infiltration der Umgebung des Pankreas und der Drüse selbst. Im ersten Falle konnte bei der Sektion in der Umgebung der Pankreas nur ein unbedeutendes Oedem ohne blutige Verfärbung nachgewiesen werden. Die bestehenden Verwachsungen in der Umgebung des Kolon transversum und des Magens schienen den Prozess im ersten Fall mehr oder weniger zu lokalisieren, wofür das Fehlen der zerstreuten Fettgewebsnekrosen spricht. — In Bezug auf die Therapie liegt die Annahme nahe, dass die verschiedenen Stadien einer derartigen Pankreaserkrankung verschieden behandelt werden müssen.

In den Fällen, wo der Prozess sich aus irgend welcher Gründen zu lokalisieren scheint, wäre vielleicht die abwartende Behandlung wie sie von Körte seiner Zeit empfohlen wurde, von Nutzen. Entstehen auf dem Boden einer Pankreasnekrose abgegrenzte Abszesse, so können sie sekundär operativ eröffnet werden. Anders liegt die Frage in den Fällen, wo es sich um eine diffuse Fettgewebsnekrose infolge von Pankreaserkrankung handelt. In den letzten Arbeiten aus chirurgischen Kliniken, wie z. B. aus den Kliniken von Wölfler und Garré wird die Tamponade in solchen Fällen empfohlen. Auf je 6 Fälle von Wölfler und Garré ist durch Tamponade je 1 Fall gerettet worden. Jedoch fragt es sich in diesen Fällen wie weit die Veränderungen vorgeschritten waren. Die Stadien der Veränderungen am Pankreas kann man einwandsfrei nur bei der Sektion nicht aber bei der Operation beobachten. Ist der Prozess so weit vorgeschritten, wie in seinem 2. Falle so scheinen die Pat. trotz des operativen Eingriffes zu sterben, was die Sektionsprotokolle in den letzten Arbeiten beweisen.

In Bezug auf die Aetiologie wird in allen Arbeiten und auch von Trubart auf Grund eines grossen Materials betont, dass die Cholelitiasis nur in einem verhältnismässig kleinen Teil der Fälle eine Rolle spiele, meist würde sie bei der Sektion vermisst. Auch in seinen beiden Fällen sind bei der Sektion in den Gallengängen keine Steine gefunden worden. Auch die Gallenblase und die Galle waren in beiden Fällen normal. — In seinem zweiten operierten Falle seien bei der Harnuntersuchung Spuren von Zucker gefunden worden, im ersten Falle war der Harn normal.

Dr. Hampeln: Wichtig an den gegenwärtigen Mitteilungen erscheine ihm, dass die Aufmerksamkeit der Aerzte bei uns überhaupt auf die bisher wenig bekannten und in Konsultationsfällen nach seinen Erfahrungen so gut wie garnicht berücksichtigten Pankreaserkrankungen dauernd gelenkt wird. Ausser den relativ häufigen Pankreaskarzinomen und dem eigentümlichen Krankheitsbilde der hämorrhagischen Pankreasnekrose in den akuten Fällen, das seit längerer Zeit in fraglich verlaufenden Fällen schon mit erwogen zu werden pflegt, kämen auch besonders die einfach entzündlichen Affektionen des Pankreas, die Pankreatitiden mit akutem und chronischen Verlauf, mit Abszessbildung und ohne solche, in Betracht, ferner Pankreascirrhose und Pankreassteine und können zur Erklärung manches dunkeln Falles beitragen. Differential-diagnostisch konkurrieren sie besonders mit Cholangoitis und Cholecystitis. Es kann eine Pankreatitis unter dem Bilde einer Cholangoitis verlaufen und diese blos vortäuschen, andererseits aber auch eine veritable Cholangoitis im weiteren Verlaufe durch eine Pankreatitis kompliziert werden, was in jedem Falle eigentlich zu beachten ist und vielleicht auch zur Erklärung des linksseitigen Schmerzes in einigen Fällen von Cholangoitis beitragen kann. Er selber habe im letzten Jahre 3 Fälle von Cholangoitis resp. Cholangoitis calculosa zu sehen Gelegenheit gehabt, in denen eine solche Komplikation mit Pankreatitis vorliegen konnte. Auch in dem von Dr. Krannhals mitgeteilten Falle aus der Privatpraxis, der ihm gleichfalls bekannt sei, glaube er falls überhaupt das Pankreas beteiligt war, mehr diesen Zusammenhang als eine Pankreasnekrose annehmen zu sollen. Die differentielle Diagnose wird natürlich vorläufig wenigstens eine schwere sein. Auch in dem letzten der K.'schen Fälle mit Sektionsbefund scheine ihm die Diagnose einer Pankreasnekrose nicht einwandsfrei dazustehen. Es habe jawohl eine Fettnekrose vorgelegen, bei dem negativen Befund am Pankreas und Umgebung sei aber auch an eine septische Erkrankung, ausgehend von einer ulzerösen Appendizitis als wesentliche Krankheitsursache zu denken.

Dr. Voss meint, dass es mit der grossen Zahl (24 pCt.) der unter der Diagnose Darmverschluss beobachteten Fälle von Pankreosnekrose vielleicht dieselbe Bewandnis habe, wie in dem 2. von Dr. Bornhaupt beobachteten Kranken. Bei genauer Durchsicht erweise es sich schliesslich nämlich, dass die Symptome auf keine einzige distinkte Form der Occlusionen passe. Es stimme eben nicht. Die Kranke ist unter der Diagnose Darmtumor mit Occlusion operiert worden. In Bezug auf die Therapie meint V. dieselbe befinde sich noch im Stadium der Versuche. Körte, von dem B. gesagt, er befürworte die Operation der chronischen Fälle habe später wieder (1905) sich für Operationen im akuten Stadium ausgesprochen.

Dr. Brutzer berichtet über einen Fall von Pankreaszyste der zur Operation kam und histologisch von ihm untersucht wurde. Es war eine Straussenei grosse dickwandige Zyste zwischen den Blättern des Mesenteriums des Querkolon gelegen. Der Inhalt war hämorrhagisch-schleimig. Die Wand, in der Teile der Drüse zersprengt eingebettet waren, bestand aus derbem Bindegewebe und wurde von Zylinderzellenepithel ausgekleidet, das stellenweise mächtig hohe Zellen zeigte, während an anderen Stellen das Epithel ganz fehlte. Die Zyste wird für das Produkt einer Pankreatitis gehalten. Sie vergrösserte sich durch Selbstverdauung der Wand, während die Wand sich von aussen durch Apposition verstärkte. Die Krankheitserscheinungen haben mehrere Monate gewährt. Eine derartige Bildung wäre relativ gutartig und durch operative Eröffnung der Zyste und Vernähen in die Bauchwand evtl. zu heilen. Im vorliegenden Fall wurde die Zyste exstirpiert; und das Querkolon dadurch seines Mesenteriums beraubt, musste reseziert werden. Patientin überstand eine Nachblutung, starb aber dennoch bald nach der Operation. Der Beginn einer solchen Erkrankung ist schwer zu erkennen und andererseits ein expektatives Verhalten nicht immer ratsam, da die Intensität der Enzymwirkung des Pankreas wohl wechselnd ist und der Ausgang daher auch verschieden.

d. Z. Sekretär: Dr. R. von Sengbusch.

Tagesnachrichten.

Personalia.

— Goldenes Doktorjubiläum. Am 7. März n. St. vollendeten sich fünfzig Jahre, seit der berühmte Jenenser Naturforscher Prof. Ernst Häckel an der Berliner Universität vom damaligen Dekan Ehrenberg, dem bekannten Erforscher der mikroskopischen Tierwelt des Süsswassers, zum Doctor medicinae promoviert wurde.

Da Prof. Häckel zu seinem Jubiläum nicht in Jena anwesend sein wollte, so begab sich im Auftrage des akademischen Senats der Prorektor der Universität Jena in Begleitung der vier Dekane zu dem Jubilar, um ihm zu gratulieren und zugleich zu danken für das Phylogenetische Museum, das er der Universität Jena zum Geschenk gemacht.

— Am 15. Februar beging der Oberarzt des hiesigen Nikolai-Militärhospitals, wirkl. Staatsrat Dr. Anatol Minin, das 30-jährige Jubiläum seiner ärztlichen Tätigkeit. — Der Jubilar, welcher gegenwärtig im 56. Lebensjahre steht, ist ein ehemaliger Jünger der mediko-chirurgischen Akademie und war, nachdem er 1877 auf dem kaukasischen Kriegsschauplatze gearbeitet hatte, Assistent des verstorbenen Professors Karl Reyher. Von 1886—1902 fungierte er als Oberarzt des Leibgarderegiments zu Pferde und übernahm dann die Leitung des Nikolai-Militärhospitals. Dr. Minin ist hier bekannt durch seine operative Tätigkeit; er hat sich aber auch einen Namen im Auslande durch seine Arbeiten über die Behandlung mit blauem Licht gemacht, die er in russischen und ausländischen Journalen veröffentlicht hat.

— Der «Regierungsanzeiger» vom 14. Februar c. bringt erst jetzt die Nachricht aus dem «Roten Kreuz», dass dem früheren Bevollmächtigten der fliegenden Kolonne der Kaiserin Maria Feodorowna, Professor ord. der Dorpater Universität, Staatsrat Dr. Zoege von Manteuffel, am 10. Februar 1905 die Schwerter zum St. Wladimirorden IV. Klasse verliehen worden sind.

— Der Professor ord. der allgemeinen Therapie und Diagnostik an der militär-medizinischen Akademie, wirkl. Staatsrat Dr. Janowski, ist zum beratenden Mitgliede des Medizinalrats ernannt worden, unter Belassung in seiner bisherigen Stellung.

— Der ausserordentliche Professor der operativen Chirurgie an der militär-medizinischen Akademie, Staatsrat Delizyn, ist zum ordentlichen Professor befördert worden.

— Der Divisionsarzt der 3. ostsibirischen Schützendivision, wirkl. Staatsrat Dr. Harnack, ist auf sein Gesuch mit Uniform und Pension verabschiedet worden.

— Dem Oberarzt der Moskauer Stadtpolizei, Staatsrat Dr. W. A. Florinski, ist der nachgesuchte Abschied bewilligt worden.

— Zum Stadtältesten von Polangen (Kurland) ist der dortige Kommunalarzt Dr. Adolf Borowsky ernannt worden.

— Zum Schularzt an der Revaler Stadtschule der Kaiserin Katharina II. ist, einem Revaler Blatte zufolge, an Stelle von Dr. A. Kusmanoff, der diesen Posten aufgiebt, Dr. Kurrikoff ernannt worden.

— In Paris ist am 7./20. Februar der berühmte französische Chemiker Henri Moissan, der im vorigen Jahre für seine Arbeiten in der Chemie die Nobelprämie erhielt, an einer Blinddarmentzündung gestorben.

Nekrologe.

— Verstorben sind: 1) Am 17. Februar in Kronstadt der ältere Arzt des 11. ostsibirischen Schützenregiments Dr. Emanuel Schreiber im 41. Lebensjahre. Er ist ein Opfer der wissenschaftlichen Forschung im Laboratorium des Instituts für Experimentalmedizin im Kronstädter Fort Kaiser Alexander I. geworden, wo er sich beim Arbeiten mit Kulturen von Pestbazillen für seine Doktordissertation infiziert hat und nach kurzem Krankenlager unter allen Symptomen einer schweren Lungenpest verstorben ist. Sein Leichnam ist im Krematorium des Forts verbrannt worden und die Asche soll in einer Urne dort aufbewahrt werden. Der Verstorbene, welcher seit Absolvierung des Kursus in Kiew i. Jahre 1890 als Militärarzt tätig war, fungierte während des letzten japanischen Krieges als Arzt für besondere Aufträge V. Klasse in der Verwaltung des Hauptchefs des Sanitätswesens beim Oberkommandierenden und war in letzter Zeit der militär-medizinischen Akademie zukommandiert. 2) In Warschau der ehemalige Professor der Anatomie an der früheren Hauptschule, Geheimrat Dr. Michael Pilcicki, im Alter von 80 Jahren. Die Doktorwürde hatte er vor 55 Jahren erlangt. 3) Am 15. Februar in Odessa der städtische Armenarzt Dr. Joseph Miflet im 60. Lebensjahre an Gehirnapoplexie. Der Hingeschiedene hatte seine medizinische Ausbildung an der Kiewer Universität erhalten, an welcher er später auch zwei Jahre Privatdozent der Chirurgie war; als französischer Bürger wurde er jedoch zur Professur nicht zugelassen. In Odessa ist er seit 30 Jahren als Arzt tätig gewesen. 4) Am 26. Januar in Moskau der Eisenbahnarzt Dr. Demetrius Blinow im 58. Lebensjahre. Der Verstorbene, welcher seit 1878 die ärztliche Praxis ausübte, bewältigte neben seinem Dienst an der Nishni-Nowgoroder Eisenbahn täglich eine grosse Klientel unter der ärmeren Bevölkerung. 5) In Freiburg i. Breisgau am 12./25. Februar an den Folgen einer Operation der Direktor der medizinischen Universitätspoliklinik, Geh. Hofrat Prof. Dr. Georg Thomas, im Alter von 69. Jahren. Aus Leipzig gebürtig, wo er 1860 auch die Doktorwürde erlangte und auch als Professor wirkte, wurde Thomas 1876 als Prof. ord. der Heilmittellehre und Direktor der med. Poliklinik an die Universität Freiburg berufen, an der er bis zu seinem Lebensende eine erfolgreiche Lehrtätigkeit entfaltete. Ausser zahlreichen Arbeiten aus dem Gebiete der inneren Medizin und der Kinderheilkunde lieferte er Beiträge zu grösseren Sammelwerken, wie Gerhardts «Handbuch der Kinderkrankheiten» u. Ziemssens «Handbuch der speziellen Pathologie und Therapie».

Von Universitäten und medizinischen Instituten.

— Wie die Tagesblätter berichten, sind an der militär-medizinischen Akademie die Examen zur Erlangung des Arztgrades vor der staatlichen Prüfungskommission Anfang Februar beendigt worden. Von den 47 Studenten, welche sich den Prüfungen unterzogen, sollen alle die Prüfungen bestanden haben! Ein solches glänzendes Resultat der Prüfungen erscheint mindestens zweifelhaft, wenn man in Betracht zieht, dass in der medizinischen Akademie wie auf allen russischen Hochschulen seit drei Jahren ein regelmässiger und systematischer Unterricht nicht stattfinden konnte, da diese Schulen wegen der lebhaften Beteiligung der Studierenden an den politischen Wirren oft monatelang geschlossen waren und sogar jeder Zugang zu den Anstalten verboten war.

— An der Tomsker Universität beginnen jetzt ebenfalls die Prüfungen in der medizinischen Fakultät vor der staatlichen Prüfungskommission. Es sollen sich aber nur 7 Personen zu diesen Prüfungen gemeldet haben.

— Die durch die Uebersiedelung Prof. Dr. Enderlens als Nachfolger des verst. Professors Schoenborn nach Würzburg erledigte Professur der Chirurgie in Basel ist dem Leipziger Professor Dr. Max Wilms übertragen worden.

— Eine Virchowfeier wurde vor kurzem von der medizinischen Fakultät in Maryland (Vereinigte Staaten von Amerika) veranstaltet. Anlass dazu gab die Schenkung einer lebensgrossen Marmorbüste Virchow's durch Dr. Hemmeter, der auch bei der Enthüllung der Büste einen Vortrag über Virchow als Anthropologen hielt.

Standesangelegenheiten.

— Zu dem Bestande der zweiten Reichsduma gehören nach dem von uns aus den Telegrammen über die Wahlen der Reichsdumamitglieder angefertigten Verzeichnis 28 Aerzte, während die erste Reichsduma nur 19 Aerzte zu ihren Mitgliedern zählte. Wir lassen hier das Namenverzeichnis nebst Angabe des Wohnorts und wo möglich auch der Parteizugehörigkeit folgen: Aus dem Gouv. Woronesh — Sanitätsarzt A. J. Schingarëw (Kadett) und die Landschaftsärzte N. S. Dolgopolow und Urasow (Sozialrevolutionäre); Gouv. Kasan — Prof. Dr. Kapustin (Oktobrist) und Landschaftsarzt Kuschnikow (Kadett); Stadt Kursk — Landschaftsarzt Dolshenkow (Kadett); Gouv. Witebsk — Heinrich Dymscha (poln. Nationalist); Gouv. Rjasan — Sanitätsarzt Uspenski (linksstehend parteilos); Gouv. Simbirsk — Landschaftsarzt Kartaschew (Sozialdemokrat); Gouv. Tschernigow — Landschaftsarzt N. K. Rubissow (Kadett); Gouv. Twer — Landschaftsarzt Bykow (Arbeitergruppe) und A. J. Bakunin; Gouv. Pensa — Markow (äusserste Linke); Stadt Ekaterinoslaw — A. L. Karawajew (Linke); Gouv. Charkow — Landsch.-Arzt Popow (Linke); Gouv. Chersson — Prof. emer. A. Chorwat (Rechte); Stadt Nishni-Nowgorod — N. J. Dolgopolow (Radikaler); Gouv.

Kowno — F. I. Gudowitsch; Stadt Rostow a./Don — M. S. Adshemow; Gouv. Podolien — Viktor Lissowski (gemässigter Fortschrittler); Gouv. Wolhynien — Prof. Georg Rein (aus St. Petersb.); Gouv. Saratow — A. F. Lissin; Gouv. Lomsha — J. S. Janussewitsch; Terekgebiet — G. A. Gorbunow (Kadett); Kubangebiet — K. L. Bardisch, Schtscherbina und Kudrjawzew (Kadetten); vom Uralschen Kosakenheer — Theophil Jeresnin (Linke). — In den Reichsrat ist von den Universitäten und der Akademie der Wissenschaften kein Mediziner gewählt worden, obschon unter den Wahlmännern vier Professoren der medizinischen Fakultät (Jewezki-Dorpat, Misslawski-Kasan, Kudrewezki-Warschau und Medwjedew-Odessa) waren.

— Dr. Durnowo, sowie seine Frau und ein Bauer wurden vor kurzem von dem Kostromaschen Gerichtshofe für Agitation und Veranstaltung von Versammlungen, in welchen sie Mitteilungen über den bekannten Wiborger Aufruf machten, zur Gefängnishaft von 6 Monaten verurteilt, unter Anrechnung der Zeit, die sie bereits abgesessen haben. Die Verurteilten befinden sich nämlich schon seit dem August-Monat vorigen Jahres in Untersuchungshaft.

— Zwei Studenten der militär-medizinischen Akademie — Erastow und Schach-Tachtinski — sind dem Militär-Bezirksgericht zur Aburteilung übergeben. Sie werden angeklagt, im Oktober vorigen Jahres sich an dem Ueberfall auf den Kronsartelschtschik bei der Börse zwecks Beraubung beteiligt zu haben, wofür nach Art. 127 des Strafgesetzbuches ihnen die Todesstrafe droht.

Vereins- und Kongressnachrichten.

— Von der Charkower Gesellschaft für wissenschaftliche Medizin und Hygiene sind in den Vorstand gewählt worden: Prof. J. Anfimow — zum Präses, Prof. Penski — zum Vizepräses, der Privatdozent Tschujewski und Dr. Platonow — zu Sekretären und der Privatdozent Tscherewkow — zum Kassierer.

— Die Deutsche Gesellschaft für Chirurgie wird vom 3. bis 6. April n. St. im Langenbeckhause in Berlin ihren 36. Kongress abhalten. Bis jetzt sind folgende Themata auf der Tagesordnung: 1) Die Chirurgie des Herzens, bezw. des Herzbeutels; 2) Lungenchirurgie; 3) Die Exstirpation der Prostata; 4) Oberschenkelbrüche, besonders am oberen und unteren Dritteil.

— Die wissenschaftlichen Vereine Schwedens werden in Upsala die 200-jährige Wiederkehr des Geburtstages des grossen Naturforschers Linné am 10./23. und 11./24. Mai d. J. begehen. Dazu sind bereits an ausländische Akademien, Universitäten und Gelehrte zahlreiche Einladungen ergangen.

Verschiedene Mitteilungen.

— Grosse Erbschaft des Institut Pasteur. Der vor kurzem in Paris verstorbene Bankier Daniel Osiris hat das Institut Pasteur zum Universalerben seines 46 Millionen Francs betragenden Vermögens eingesetzt. Das Institut hat Prof. Dr. Roux mit der Verwaltung des Vermögens betraut, das nach dem Willen des Erblassers zur Förderung der Untersuchungen über Infektionskrankheiten bestimmt ist. Nach Abzug einer Anzahl von Legaten, die hauptsächlich für literarische u. wissenschaftliche Gesellschaften in verschiedenen Städten bestimmt sind, dürften von dem Gesamtvermögen ca. 30 Millionen dem Institut Pasteur zugute kommen.

— In Reval ist am 10. Februar eine Privatheilanstalt estnischer Aerzte für ambulante Kranke eröffnet worden.

— Die Verwaltung des Obermedizinalinspektors teilt den Gouverneuren mit, dass der Medizinalrat für unumgänglich notwendig befunden hat, die aus dem Auslande nach Russland unter dem Namen «Pilules Orientales J. Ratié» importierten Pillen, da sie arsenige Säure enthalten, im Handel zu verbieten und bittet die entsprechenden Massregeln zu ergreifen. Diese Pillen wurden fast täglich im Inseratenteil der Residenzblätter als besonderes Stärkungsmittel angepriesen.

— Der Deutsche Samariterverein in Kiel beging am 5. März n. St. die Feier seiner vor 25 Jahren erfolgten Gründung. Kiel hat beschlossen, Professor v. Esmarch, der am 5. März 1882 die segensreiche Vereinigung schuf, durch Darbringung eines Fackelzuges zu ehren.

Bf.

— Die Gesamtzahl der Kranken in den Zivilhospitälern St. Petersburgs betrug am 27. Jan. d. J. 12506 (1 wen. als in der Vorwoche), darunter 855 Typhus — (20 mehr), 1248 Syphilis — (21 mehr), 415 Scharlach — (26 wen.), 259 Diphtherie — (7 mehr), 136 Masern — (5 wen.), und 18 Pockenkranke — (3 mehr als in der Vorw.).

— Die Gesamtzahl der Sterbefälle in St. Petersburg betrug in der Woche vom 21. bis zum 27. Jan. d. J. im ganzen 1033 (563 M., 470 W.), darunter an folgenden Krankheiten:

Typhus exanth. 0, Typhus abdom. 30, Febris recurrens 0, Typhus ohne Bestimmung der Form 0, Pocken 0, Masern 41, Scharlach 25, Diphtherie 30, Croup 0, Keuchhusten 3, Croupöse Lungenentzündung 64, Erysipelas 12, Grippe 15, Katarrhalische Lungenentzündung 111, Ruhr 1, Epidemische Meningitis 0, Akuter Gelenkrheumatismus 1, Parotitis epidemica 0, Rotzkrankheit 0, Anthrax 0, Hydrophobie 0, Puerperalfieber 1, Pyämie und Septicaemie 18, Tuberkulose der Lungen 132, Tuberkulose anderer Organe 38, Alkoholismus und Dilirium tremens 10, Lebensschwäche und Atrophia infantum 63, Marasmus senilis 34, Krankheiten des Verdauungskanals 96, Totgeborene 58.

Am 3. Feb. d. J. betrug die Zahl der Kranken 12155 (351 wen. als in der Vorwoche.), darunter 798 Typhus — (57 wen.), 1156 Syphilis — (92 wen.), 422 Scharlach — (7 mehr), 240 Diphtherie — (19 wen.), 136 Masern — (0 mehr) und 16 Pockenkranke (2 wen. als in der Vorw.)

— Die Gesamtzahl der Sterbefälle in St. Petersburg betrug in der Woche vom 28. Jan. bis 3. Feb. d. J. im ganzen 974 (532 M., 442 W.), darunter an folgenden Krankheiten:

Typh. exanth. 0, Typh. abd. 26, Febris recurrens 0, Typhus ohne Bestimmung der Form 0, Pocken 1, Masern 33, Scharlach 23, Diphtherie 24, Croup 0, Keuchhusten 4, Croupöse Lungenentzündung 58, Erysipelas 3, Grippe 16, Katarrhalische Lungenentzündung 100, Ruhr 0, Epidemische Meningitis 0, Acuter Gelenkrheumatismus 0, Parotitis epidemica 0, Rotzkrankheit 0, Anthrax 0, Hydrophobie 1, Puerperalfieber 2, Pyämie und Septicaemie 20, Tuberculose der Lungen 134, Tuberculose anderer Organe 28, Alkoholismus und Delirium tremens 10, Lebensschwäche und Atrophia infantum 75, Marasmus senilis 38, Krankheiten der Verdauungsorgane 99, Totgeborene 62.

✦ Nächste Sitzung des Vereins St. Petersb. Aerzte: Dienstag, d. 6. März 1907.

Tagesordnung:

1. Küttner: Zum vaginalen Kaiserschnitt.
2. Ungern-Sternberg und O. Moritz: Ueber lymphatische Leukämie.
3. Fuhrmann: Demonstration eines Präparats von Megalokolon congenitum.

✦ Nächste Sitzung des Deutschen ärztlichen Vereins: Montag, d. 12. März 1907.

Tagesordnung:

E. Masing: Ueber Auskultation der Flüsterstimme.

Gesucht wird

ein Arzt

als Kompagnon oder Assistent zu einer Heilanstalt mit jährlichem Einkommen von 25.000 Rubeln. Offerten: St. Petersdurg, Sadowaja 22, Q. 18.

Im Deutschen Alexander-Hospital wird Nachweis erteilt über zur Zeit dienst freie Pfleger und Pflegerinnen für die private Krankenpflege (gegen Zahlung von 50 Kop.)

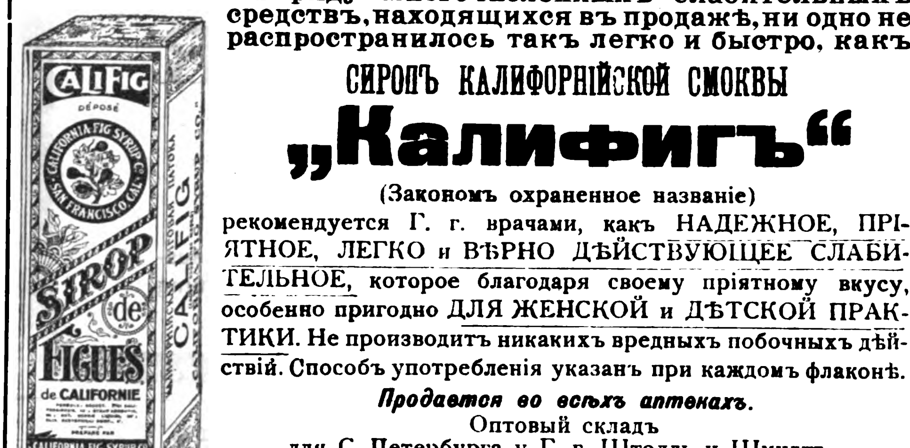
Eine geisteskranke Dame oder ein Herr oder auch zurückgebliebene Kinder finden freundliche Verpflegung bei Frau Pastor E. v. Johanson, früher Oberin in einer Irrenanstalt.
Adr. Riga, Nicolaistr. Nr. 52, Q. 5.

Adressen von Krankenpflegerinnen:

Frl. **Pauline Winkel**, Конногвардейскій переулокъ 4, кв. 2.

Zum Zweck der jährlich stattfindenden Kontrolle der Adressen der in der Liste der «St. Petersburger Medizinischen Wochenschrift» verzeichneten Krankenpflegerinnen ersuchen wir Diese hiermit der Redaktion Ihre jetzigen Adressen mitzuteilen.

Die Redaktion
der „St. Petersburger Med. Wochenschrift"



Въ ряду многочисленныхъ слабительныхъ средствъ, находящихся въ продажѣ, ни одно не распространилось такъ легко и быстро, какъ

СИРОПЪ КАЛИФОРНІЙСКОЙ СМОКВЫ

„Калифигъ"

(Закономъ охраненное названіе)

рекомендуется Г. г. врачами, какъ НАДЕЖНОЕ, ПРІЯТНОЕ, ЛЕГКО и ВѢРНО ДѢЙСТВУЮЩЕЕ СЛАБИТЕЛЬНОЕ, которое благодаря своему пріятному вкусу, особенно пригодно ДЛЯ ЖЕНСКОЙ и ДѢТСКОЙ ПРАКТИКИ. Не производитъ никакихъ вредныхъ побочныхъ дѣйствій. Способъ употребленія указанъ при каждомъ флаконѣ.

Продается во всѣхъ аптекахъ.

Оптовый складъ

для С.-Петербурга у Г. г. Штолль и Шмидтъ
„ Москвы . . . . . „ Т-ва В. К. Феррейнъ
„ Одессы . . . . . „ Ю. Лемме и Ко.
„ Варшавы . . . . „ Фр. Карпинскаго.

California fig syrup Co., London, E. C 31|32 Snow Hill.

Пробы врачамъ высылаются безплатно.

Sanatorium Grimmenstein.

Lungenheilstätten.

Edlitz-Grimmenstein an der Aspangbahn, N.-Oe., 2½ Stunden von Wien, Post, Telegraph, Telephon.

Adm.-Leiter: **Th. Bachrich.** Chefarzt: **Dr. O. Frankfurter.**

GRIES bei BOZEN

Mildester klimatischer Kurort im deutschen Süd-Tirol.

Saison vom 15. September bis 1. Juni.

Prospekte durch die Kurdirektion (90) 6—6.

Muiracithin

Spezifikum gegen
Impotenz,
Kräftigung des
Erektionszentrums,
Besserung
nervöser
Allgemeinerscheinungen,
Stärkung des
Herzens, vorzügliches Nerventonikum.

L i t e r a t u r :

Geh. Med.-Rat. Prof. Dr. E u l e n b u r g, Berlin: (Realenzyklopädie der gesamten Heilkunde, S. 399): Auch ich hatte in letzter Zeit bei Sexualneurasthenikern einige günstige Resultate zu verzeichnen, das Mittel scheint überhaupt als Nerventonikum gelten zu dürfen, allerdings auf die sexuale Libido und die Erektion besonders verstärkend zu wirken.

Prof. Dr. C. P o s n e r, Berlin: (Therapie Nr. 11, 1906). Mein eigner Eindruck ist wiederholt der gewesen, dass dieses Präparat in der Tat auffallend günstiges leistet und in Verbindung mit anderen Methoden jedenfalls eines Versuches wert ist — selbst wenn man noch so skeptisch sich bemüht, den Einfluss der Suggestion bei seiner Darreichung in Betracht zu ziehen.

Weitere ausführliche Mitteilungen von Dr. K o l o m o i z e w, Kasan, Prof. R e b o u r g e o n, Paris, Prof. G o l l, Zürich, Prof. N e v i n n y, Innsbruck, Prof. M a r a m a l d i, Neapel, P o p p e r unter Leitung von Geh. Med.-Rat Prof. S e n a t o r, Berlin, H i r s c h, Kudowa, S t e i n s b e r g, Franzensbad, W a i t z, Paris, P i l i w e r, Odessa u. a.

Wir richten besondere Aufmerksamkeit darauf, dass Muiracithin nur in Originalpackung mit unserer Fabrikmarke abgegeben wird. Einzelne Pillen ohne oben bezeichnete Verpackung bitten wir energisch zurückzuweisen, da wir für deren Fälschung nicht garantieren. Wir bitten die Aufmerksamkeit auf das russische Etiquette mit unserer Fabrikmarke und auf die Verpackung nur in folgenden Quantitäten zu richten: 250 Pillen, 150 Pillen, 80 Pillen und 50 Pillen.

Literatur gratis und franko zu Diensten.

Kontor chemischer Präparate, St. Petersburg.

Newski Prospekt, 28, Haus Singer Nr. 6.

Herausgeber Dr. Rudolf Wanach. Buchdruckerei v. A. Wienecke Katharinenhofer Pr. № 15.

XXXII. JAHRGANG. ST. PETERSBURGER Neue Folge XXIV. Jahrg.

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Redaktion von

Prof. Dr. Karl Dehio. Dorpat. Dr. Johannes Krannhals. Riga.

Dr. Rudolf Wanach. St. Petersburg.

Die „St. Petersburger Medizinische Wochenschrift" erscheint jeden Sonnabend.—Der Abonnementspreis ist in Russland 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr inkl. Postzustellung; in den anderen Ländern 20 Mark jährlich, 10 Mark halbjährlich. Der Insertionspreis für die 3mal gespaltene Zeile in Petit ist 20 Kop. oder 45 Pfen.—Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt. – Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.

Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate bittet man ausschliesslich an die Buchhandlung von K. L. Ricker in St. Petersburg, Newsky-Prospekt № 14, zu richten. — Manuskripte sowie alle auf die Redaktion bezüglichen Mitteilungen bittet man an den geschäftsführenden Redakteur Dr. R. Wanach in St. Petersburg, Petersb. Seite, Alexandrowski Pr. 6 zu richten. Sprechst. Dienstag, Donnerstag und Sonnabend 5—6.

№ 9 St. Petersburg, den 3. (16.) März. 1907.

Ueber zerebrale Zustände nach Traumen [1].

Von

Eduard Schwarz.

Dirigierender Arzt der Abteilung für Nervenkranke des Rigaschen Stadtkrankenhauses.

M. H! Zu den schwierigsten Aufgaben des Arztes gehört die Entscheidung, ob ein zerebraler Symptomenkomplex auf eine funktionelle Störung des Gehirns zurückzuführen, oder ob derselbe durch gröbere oder feinere anatomische Veränderungen des Hirns bedingt ist.

Deutlich zeigt sich diese Schwierigkeit in der Beurteilung post-traumatischer zerebraler Symptomenkomplexe. War man geneigt früher diese Zustände öfter auf funktionelle Störungen des cerebrum zu beziehen — was schon aus der Bezeichnung „Commotio cerebri" und aus der Lehre der „traumatischen Neurosen" hervorgeht, so sind wir heute durch genial ausgeführte Experimente und bereicherte path.-anatomiche Kenntnisse im Stande den Begriff der „Commotio cerebri" wohl für sehr viele der Fälle, in denen man früher eine solche voraussetzte, als nicht mehr zutreffend zu bezeichnen. Wird der Ausdruck noch für ähnliche Zustände gebraucht, so verdankt er seine Existenz und Anwendung der Gewohnheit. Prof. Kocher „hält es für wünschenswert" den Begriff der Commotio oder Concussio ganz fallen zu lassen, und proponiert für den Ausdruck der Hirnerschütterung — Hirnpressung.

Wir wissen heute, dass in den allermeisten Fällen von „Hirnerschütterung" nicht eine solche, sondern gröbere anatomische Veränderungen vorliegen, die durch den einmaligen Stoss hervorgerufen wurden. Was in dieser diffizilen Materie heute zu sagen ist, hat Prof. Kocher im Nothnagel'schen Handbuch, im IX. Bande zusammengetragen.

[1] Nach einem Vortrag, gehalten auf dem XVIII. livl. Aerztetag am 24. August 1906 zu Wolmar.

Kocher will den Begriff Commotio für die Fälle reservieren, in denen nach dem Insult schnell alle Erscheinungen schwinden; in denen keine Dauersymptome restieren: „wo gar keine Dauersymptome vorhanden seien, „da liegt diejenige Form der Concussio vor. welche in „blosser momentaner Zirkulationsunterbrechung besteht; „aber es bleibe immer unsicher, ob nicht doch Quetschungen solcher Teile dabei stattgefunden, deren Zer„störung sich durch keine uns bekannten Ausfallssymp„tome erklärt". [2]).

Und diese Unsicherheit ist im gegebenen Fall um so peinlicher, wenn ausschlaggebende Urteile verlangt werden, z. B. in foro.

Je länger und häufiger man Gelegenheit hat diesem Gebiete angehörende Fälle zu sehen, um so drückender empfindet man diese Unsicherheit.

In meiner Abteilung liegen meist mehrere solche Fälle zu gleicher Zeit, oft längere Zeit eine grössere Anzahl, wie in den letzten 2 Jahren. Es lagen zusammen Fälle, die durch Ausfallserscheinungen (Taubheit auf einem Ohr, [4 Fälle zu gleicher Zeit] Sehnervenatrophie, Abduzenslähmung) leicht einer Beurteilung zugängig waren, neben Fällen, die ein rein subjektives Krankheitsbild zeigten. Von denen erlangten einige baldige Euphorie, andere klagten über dauernde Schwächesymptome; doch alle konnten trotz eingetretener Euphorie als Fälle erkannt werden in denen nicht eine funktionelle Störung vorlag, sondern gröbere Verletzungen des Hirns durch das Trauma gesetzt worden waren.

Ich bitte Sie mir gestatten zu wollen Ihnen eine Serie dieser letzten Kranken vorführen zu dürfen; es dürfte sich zeigen lassen, dass wir durch klinische Mittel imstande sind einen tieferen Einblick in die Zustände zu gewinnen, die das Symptomenbild hervorrufen. Es wird dadurch möglich werden sicherere Hinweise zu geben, welche Stellung die Versicherungsgesellschaften diesen Unglücklichen gegenüber einzunehmen haben, und es

[2] Kocher pag. 334 u. 335.

wird möglich sein für unsere therapeutischen Massnahmen klarere Grundlagen zu schaffen.

Einem der letzten Kranken, der ins Krankenhaus zur Begutachtung aufgenommen wurde, S. K., 36 a. aufgenommen 2. Juni 1906, war am 29. April 1906 ein 20 ℔ schweres, eisernes Instrument aus grösserer Höhe auf den Kopf gefallen; er war 3 Stunden bewusstlos gewesen; angeblich kein Blut aus Ohr oder Nase; Pat. hatte sich dann erholt, klagt aber seit der Zeit über Kopfschmerzen.

Status: Ein Bild männlicher Kraft! Die Frau des Kranken bestätigt, dass er immer arbeitsfreudig und stets gesund gewesen sei. Er kann jetzt die Tränen kaum zurückhalten, wenn er von seinem Unfall erzählt; sonst psychisch intakt, intelligent; referiert prompt; kein Gussenbauerscher Erinnerungsdefekt, keine Lähmung, keine Sensibilitätsstörungen; der sonstige Status vollkommen normal, speziell: ein weites normales Gesichtsfeld, und in der Zerebrospinalflüssigkeit nur vereinzelte Lymphozyten; (Eiw. $^{1}/_{2}{}^{0}/_{00}$). Auf dem Scheitel eine nicht adhärente, 3 cm. lange lineäre Narbe. Pat. erholte sich im Krankenhaus schnell, nahm 2 ℔ zu, bat selbst um Entlassung und wünscht auch seine Arbeit wieder aufzunehmen. Die weinerliche Stimmung tritt jedoch bei der Entlassung am 7. Juli 1906 noch hervor; Pat. kann sie aber leicht unterdrücken! Pat. wurde mit der Weisung entlassen sich noch längere Zeit zu schonen. Als Dauersymptom ist diese psych. Stimmungsanomalie gewiss anzusehen.

Ist sie aber der Ausdruck einer materiellen Schädigung des Hirns? Würde nicht so mancher Begutachter hier an die traumatische Neurose denken? Und würde solches nicht am Ende auch mit Recht geschehen, wenn man die Isoliertheit dieses einen Dauersymptoms und den Mangel irgend welcher greifbarer Erscheinungen, und die hervorragende Rolle, die diese weinerliche, deprimierte Stimmung im Symptomenbilde der sog. „traumatischen Neurosen" spielt, bedenkt??

Dann wäre aber mein Rat sich zu schonen ein falscher?! [3]).

In solchen Fällen ist direkt nicht zu wollen. Der Analogie path.-anatom. Erfahrungen kann immer ein Zweifel entgegengehalten werden; es habe sich eben in Fällen, die zur Obduktion gelangten, um schwerere Traumen gehandelt, als im vorliegenden Fall. Lassen sich aber nicht an Fällen, die garkeine Dauersymptome zeigten und schnell zu Euphorie führten, klinisch doch greifbare Anhaltspunkte schaffen, und damit nicht zurückzuweisende Analogien??

Am 21. März 1905 wurde der 41-jährige C. B. in die Abteilung aufgenommen. Er war am Dienstag den 15. März auf der Strasse auf den Hinterkopf gefallen. Angeblich: 15 Min. Bewusstlosigkeit, dann heftige Schmerzen in Stirn, Augenhöhlen und Schläfen. 5 Nächte schlechter Schlaf, das rechte Ohr falle ihm seit dem Trauma oft zu. Wir fanden den Schädel und seine Decken gesund. Beim Beklopfen desselben am Hinterkopf geringe Schmerzäusserungen. Sonst der Befund absolut negativ, und am 3. Tage nachdem Pat. gut geschlafen hatte, verlangte er Entlassung, weil er sich „gesund" fühle; ich hielt ihn noch einige Tage, doch 8 Tage nach der Aufnahme liess er sich nicht mehr halten und verliess das Krankenhaus. Hier sollte man nun erst recht glauben, dass das Trauma eine leichte „Hirnerschütterung" und keine gröberen Läsionen gezeitigt habe!!

Doch ich habe den Mann am Tage nach der Aufnahme einer Lumbalpunktion unterzogen, und eine hellgelbe, leicht trübe, unter mässigem Druck stehende Zerebrospinalflüssigkeit zu Tage fördern können, die schon makroskopisch und nach 20 Min. langem Zentrifugieren im Sediment Blut und mikroskopisch über 100 rote, und 4—5 weisse Blutkörperchen im GF. zeigte. Nach dem Zentrifugieren war der Liquor gelb! Aus der gelben Färbung des Liquor dürfen wir schliessen, dass Blut schon vor längerer Zeit demselben beigemischt war; eine zweite Punktion kurz vor der Entlassung verweigerte Pat.

Solche Fälle sind brauchbare Analogien. Sie zeigen, dass sicher nicht nur Zirkulationsstörungen durch das Trauma gesetzt worden sind, sondern Läsionen, die Blutungen veranlassten. Und doch hat sich Pat. schnell erholt und zeigt keine Dauersymptome. Es wäre gewiss erst recht wünschenswert in noch leichteren Fällen zu punktieren, denn wir wissen, dass das Coma, das das Hauptsymptom der „Hirnerschütterung" ist, ganz fehlen kann, und dass doch trotz fehlendem Coma schwere Verletzungen des Hirns mit schweren Folgeerscheinungen gesetzt werden können; doch diese ganz leichten Fälle kommen nicht zur Beobachtung, und dann lässt sich auch nicht Jeder zu einer Punktion herbei; andrerseits ist die Punktion immerhin auch kein Eingriff, der ohne Gefahren ist. Ich habe freilich in mehreren 100 Punktionen noch keine wirklich schlimmen Erfahrungen gemacht, doch Andere wohl.

Das Blut hält sich im Liquor aber nicht lange, und wenn man erst nach einem Monat zur Begutachtung des Kranken zum ersten Mal herantritt, so findet man eben in der Zerebrospinalflüssigkeit nichts mehr, oder Daten, mit denen man nichts anfangen kann: — wie bei unserem ersten Kranken. Sein Liquor zeigte in vielen GF, garkeine Lymphozyten, in anderen bis 13 Lymphozyten, im Gesichtsfelde — ich halte solches nicht für normal, jedoch ist das ein Befund aus dem direkt nichts bewiesen werden kann.

Aber wir dürfen schliessen — nach Analogie dieses letzten Falles — dass er wahrscheinlich auch Blut gezeigt haben wird, und dass wohl gröbere Läsionen der Grund seiner Störungen sind.

Es folgt ein Fall, der da zeigt, dass anfangs Blut vorhanden ist, bald schwindet, und keine Spuren zurücklässt.

Am 13. April 1906 wurde ein 70-jähriger Arbeiter einer Fabrik in Sassenhof aufgenommen. Derselbe war vor 4 Tagen von einer Treppe gefallen. Der Sohn hatte ihn in bewusstlosem Zustande nach Hause gebracht und erst nach 2 Tagen öffnete Pat. die Augen, war vollkommen desorieniert, meinte auf der Fabrik zu sein, hielt seine Mitkranken für Arbeiter auf der Fabrik, und wusste von seinem Unfall nichts; er erkannte seinen Sohn erst nach Wochen. — Nur am Hinterkopf ist eine geringe Schwellung, leichte Suggilation und eine schon verheilte, oberflächliche Hautwunde zu sehen; am Nasenrücken leichte, verheilende Excoriationen. Ausser ungleichem, gut reagierendem Puls und Alterserscheinungen an den Organen nichts, keine Lähmung, keine Sens.-Störungen. Eine Lumbalpunktion am Tage der Aufnahme ergiebt blutigen Liquor, eine zweite Punktion 4 Tage nach der Aufnahme und 8 Tage nach dem Unfall ergiebt nur noch hellrosa gefärbten Liquor, und eine dritte Punktion 2 Monate nach dem Unfall ergiebt klaren Liquor, der auch mikroskopisch sich als vollkommen normal erweist—keine Vermehrung der zelligen Elemente.— Seine Psyche hatte sich langsam aufgehellt; bei der Entlassung am 14. Juni 1906 war Pat. körperlich er-

[3]) Im Nov. 1906 machte mir Herr Dr. W. v. Holst die Mitteilung, dass dieser Kranke nach seiner Entlassung von ihm längere Zeit während dieses Herbstes beobachtet worden sei; er sei in demselben Zustand, wolle gern arbeiten, könne aber nicht. H. Dr. v. Holst hat denselben Eindruck erhalten wie ich ihn gehabt. Erlaube mir dem Herrn Kollegen für die Mitteilung auch hier meinen besten Dank zu sagen.

holt, hatte stark zugenommen; weiss jetzt, dass er eine Zeit lang benommen gewesen, ist sich über seine Umgebung klar, macht aber einen psychisch minderwertigen Eindruck.

Wäre dieser Kranke 1—2 Monate nach dem Unfall zur Beobachtung gelangt, so hätte man nur den vollkommen normalen Liquor erhalten, und wäre dann ebensoweit, wie im ersten Fall. Und käme der Mann nach längerer Zeit zu gerichtlicher Begutachtung, ohne klinische Beobachtung der Symptome gleich nach dem Unfall, so könnte man sagen: alter Mann, starke Erschütterung, in Anbetracht der sehr guten Heilung, der Körperzunahme und des Wohlbefindens werden wohl gröbere Läsionen auszuschliessen sein; die restierenden Erscheinungen dürften wohl auf sein hohes Alter von 70 Jahren zurückzuführen sein. Mit der Punktion bald nach dem Unfall können wir aber sagen, dass eine solche Beurteilung dem Manne schweres Unrecht tun würde, dass durch das Trauma gröbere — schwerere Läsionen speziell wohl auch des Hirns stattgefunden haben.

Wenn ein blutiger Liquor cerebrospinalis vorhanden ist, was dürfen wir uns für Schlüsse erlauben? Direkt beweist er doch wohl nur, dass Blut in denselben gelangt ist durch Zerreissen von Gefässen — lassen wir die Verletzung des Knochens und der Dura zunächst ausser Acht, und halten wir uns nur an das Cerebrum, so wissen wir, dass durch Traumen, die den Schädel von oben her treffen, Zertrümmerungen des Hirns an der Basis zustande kommen. Wir gehen somit wohl nicht fehl, wenn wir für das gleich nach dem Trauma vorhandene Blut im Liquor ähnliche oberflächliche Zertrümmerungen der Hirnoberfläche voraussetzen und für die zerebralen Symptome nicht eine „Gehirnerschütterung“ sondern gröbere Läsienen des Hirns selbst als Ursache annehmen. Die Blutungen im Hirn selbst, deren Lieblingssitz das zentrale Höhlengrau ist, dürfen direkt keinen blutigen Liquor veranlassen. Und es ist wohl nicht unwahrscheinlich dass zum Zustandekommen von Basisfrakturen mit Zerreissung der Dura mindestens ähnliche, aber wohl **stärkere** Einwirkungen gehören, als wie zur Zertrümmerung des Hirns, bei Anprall desselben an die harte Schädelbasis.

Es braucht aber nicht immer zu Blutungen zu kommen. Es entstehen durch Trauma Zertrümmerungen des Hirns, die vielleicht öfter übersehen worden sind. Der berühmte Fall **Hauser**[4]) zeigt, dass die Hauptstörungen oft in der Richtung des Stosses zustande kommen, und **Hauser** hat wohl Recht, wenn er meint, dass man in seinem Fall auf die Erweichungsherde in den grossen Ganglien vielleicht garnicht aufmerksam geworden wäre, wenn Pat. gleich am ersten Tage, nicht wie geschehen, erst am 6. Tage nach dem Trauma gestorben, und seziert worden wäre, und dass man dann den Fall als einen Exitus durch reine Commotio ohne anatomischen Befund registriert hätte. Welche Veränderungen des Liquor wir bei ähnlichen Verletzungen des Gehirns zu erwarten haben, ist nicht bekannt. Man findet aber nach Kopfverletzungen statt Blut im Liquor ungefähr in derselben Zeit nach dem Trauma statt des Bluts eine Lymphozytose und sieht, dass diese Lymphozytose sich in einem Liquor findet, in dem anfags Blutbeimischung vorhanden war. Die beiden folgenden Fälle sind derartige Beispiele. Ich lasse sie hier folgen ohne aus ihnen folgern zu wollen, dass die vorhandenen Lymphozyten den Schluss berechtigen sie sei der Ausdruck für vorhandene Zertrümmerungsherde ähnlich wie im **Hauser**'schen Falle. Erst Fälle mit Obduktion könnten einen tieferen und klaren Einblick in diese Verhältnisse bringen; doch liegt ein ähnlicher Schluss nahe. Jedenfalls darf aber aus solchen Befunden geschlossen werden' dass Verletzungen des Hirns und keine „Commotio cerebri“ vorliegen.

[4]) **Hauser.** Münch. med. Woch. 1899. — **Kocher** pag. 294.

Am 27. Januar 1905 wurde der 51 Jahre alte M. O. in die innere Abteilung aufgenommen, und am 1. Febr. 1905 in die Nervenabteilung übergeführt. Seine Frau giebt an, dass Pat. 8 Tage vor der Aufnahme von einer „recht hohen“ Treppe gefallen und besinnungslos aufgefunden worden sei; er habe circa ½ Stunde besinnungslos gelegen, es seien keine Blutungen bemerkt worden; Pat. mache seit dem Unfall einen „irren“ Eindruck. Bei der Aufnahme wurde ein Status aufgenommen der keine somatischen Veränderungen der inneren Organe nachweisen liess; die Temperatur war normal. Keinerlei Lähmungen. Puls und Respiration normal; Gang schwankend, auch schwankt Pat. beim Stehen oc. clausis. Das Kn. Ph. ist links vorhanden, rechts „nicht auslösbar“, ebenso die Achillessehnenreflexe; Sens. normal, ophthalm. Papillengrenzen undeutlich, Gefässe geschlängelt, rechts am oberen Rande der Papille eine kleine Blutung. Am Schädel nichts abnormes. Psychisch ist Pat. örtlich und zeitlich vollkommen desorientiert; glaubt in einem zum Gute, auf dem er diente, gehörigen Arbeiterhause zu sein, hält seine Mitkranken für Arbeiter. Eine Lumbalpunktion 2. Februar 1905, 5 Tage nach dem Trauma, ergiebt wasserhellen, klaren Liquor, der unter mässigem Druck steht, und nach 20 Min. langem Zentrifugieren 70—100 Lymphozyten und einige wenige polinukleäre Zellen im GF zeigt. Eine 2. Punktion am 4. Februar ergiebt gleichfalls klare Flüssigkeit, die bedeutend geringeren Gehalt an Lymphozyten, in einigen GF **nur** „ganz vereinzelte“ Lymphozyten aufweist. Eine dritte Punktion 15. Februar ergiebt sehr geringen Druck; nur indem man Pat. veranlasst zu drängen, können 10—12 Cbctm. Liquor erlangt werden. mikroskop. zeigt sich ein geringer Blutgehalt (Beimischung während der Punktion) und nur vereinzelte Lymphozyten. Erhöhte Eigenwärme war nie vorhanden; vor der ersten Punktion 2. Februar Temperatur unter 37,0, am 5., 7. und 8. Februar Abendtemperatur 37,5, am 20. Februar 37,2. Sonst immer Temperatur unter 37,0. Am 5. Februar ist notiert: beginnende Stauungspapille. Pat. war lange desorientiert; sein Bewusstsein hellte sich jedoch im Laufe von 14 Tagen auf; es trat „Euphorie“ ein, so dass Pat. um Entlassung bat; er fühle, dass sein Kopf nach dem Unfall „doll“ gewesen sei. Pat. wird am 26. Februar auf eigenes Verlangen entlassen mit der Weisung sich noch längere Zeit zu schonen.

Der 2. Fall zeigt anfangs Blut dann Lymphozytose in erhöhtem Maasse.

A. L. S., 44 a. n. aufgenommen 29. April 1905, entlassen 3. Juni 1905. — Abends den 22. Juni, also 7 Tage vor der Aufnahme, sitzt Pat. gesund in seinem Zimmer und liest die Zeitung, will die Retirade aufsuchen, und fällt im Dunkeln eine 12 Stufen hohe Treppe herab. Bald darauf sieht ihn sein Arzt. (Dr. **Schönfeld**) Pat. redet irre, weiss vom Unfall nichts. Status: mässig genährtes Individuum, mit normalem Organbefund, speziell: Schädel ohne path. Erscheinungen. Temperatur erhöht, 38—38,6, die durch Angina zu erklären. Keine Lähmungs- keine Sensibilitätsstörung, Kopfschmerzen, schlechter Schlaf, sonst keine Erscheinungen. Am Tage nach der Aufnahme, (8 Tage nach dem Unfall) erste Punktion, blutiger Liquor, viel Blut, nach Abstehen Liquor über dem blutigen Sediment geblich rosa. 6. Mai (15 Tage nach dem Unfall) zweite Punktion: hellgelber Liquor; mikroskopische Untersuchung missglückt. 11. Mai 3. Punktion, 13 Tage nach der ersten, und 21 Tage nach dem Unfall. Liquor wasserklar, aber viel Lymphozyten (70—100 im Gesichtsfelde) Euphorie. 18. Mai 4. Punktion: Druck gering, Liquor makroskopisch klar,

durch Stehen erlangtes Sediment = 30, Lymphozyten im GF. 22. Mai Klagen über Kopfschmerzen. sonst leidliches Befinden. 25. Mai schreibt nachts Briefe, Tags darauf schlechteres Befinden, Kopfschmerzen. 1. Juni 5. Punktion: noch viel Lymphozyten. Pat. verlangt Entlassung. Mit Anraten grösster Ruhe wird Pat. 3. Juni 1905 entlassen.

Die bisher angeführten Krankengeschichten zeigen, dass wir durch die Lumbalpunktion in den Stand gesetzt werden: 1) auch in anscheinend leichten Fällen von „Commotio cerebri“, die schnell zu Euphorie führen, direkte Läsionen des Gehirns zu vermuten, und vorauszusetzen. Jedenfalls ist es wahrscheinlicher, dass es sich in solchen Fällen trotz der schnellen subjektiven Euphorie um direkte Läsionen des Hirns gehandelt hat, als um einfache Hirnpressung oder momentane Zirkulationsstörungen. 2) dasselbe gilt in erhöhtem Masse für Fälle die nach Ablauf der ersten stürmischen Symptome bei Begutachtung längere Zeit nach dem Unfall als funktionelle Störungen imponieren könnten.

Diese Erfahrungen erklären leicht die Beobachtung, dass solche Kranke sich bei Fortsetzung der Arbeit verschlechtern, resp. die Arbeit garnicht aufnehmen können. Tun sie es aber durch die Not oder durch den Vorgesetzten gezwungen, so sieht man Zustände, die in Zusammenhang mit den gemachten Erfahrungen und dem Befunde den man am Kranken findet, als Folgeerscheinung erlittener oberflächlicher Zertrümmerungen des Hirns leichter verständlich sind, als wenn solche Zustände als funktionelle Störung aufgefasst werden.

Am 1. Mai 1904 wurde der 52-jährige Arbeiter P. Z. in die Nervenabteilung aufgenommen. Unter Fortlassung aller nebensächlichen Daten ist seine Krankengeschichte auszugsweise folgende: Er war am 10. Febr. 1904 ausgeglitten und gefallen; sein Kopf hatte die Maschine, an der er arbeitete, gestreift; kein Coma; er war selbst aufgestanden, verspürte starken Schwindel, aber keine Schmerzen. Eine Verwundung am Kopf hatte Pat. nicht erlitten; hatte aber des starken Schwindels wegen nicht allein gehen können. Pat. wurde in die chirurgische Abteilung (Br. VIII) aufgenommen, wo er unter der Diagnose „Commotio cerebri“ bis zum 20. Februar 1904 lag. Er erholte sich so weit, dass er wieder zu arbeiten anfing; des Schwindels und interkurrent auftretender Schmerzen wegen seine Arbeit aber öfter unterbrechen musste. Eine Verschlimmerung seines Zustandes veranlasste eine abermalige Aufnahme im April 1904. Der sehr genaue Status ergab keine wesentlichen somatischen Veränderungen. Leber ist als leicht vergrössert zu palpieren. (Pat. ist mässiger Potator), die art. brachiales sind sichtbar pulsierend; Herzbefund normal. Harn normal. Leichtes Schwanken beim Gehen. Das Krankheitsbild wird beherrscht durch eine Schlafsucht. Keine Lähmung der Motilität oder Sens.; keine Störung der Reflexe, keine Neuritis opt.

Dabei ist Pat. aber prompt und klar in seinen Angaben; im Krankenbogen ist speziell erwähnt, dass Pat. durchaus nicht den Eindruck eines Meningitiskranken macht. Dabei war die Temperatur leicht erhöht; zwischen 37 und 38°; am Tage vor der ersten Punktion Ab. 38,9. Am 8. Tage nach der Aufnahme wurde eine Lumbalpunktion gemacht, die einen leicht milchiggetrübten Liquor zu Tage fördert, der viel Lympho- und Leukozyten enthält. Am Abend nach der Punktion Temperatur 37,1; sie hält sich jetzt bis 3 Tage vor der Entlassung um 37,0, mit 2 Erhebungen, am 20. Mai 1904, an welchem Tage im Krankenbogen Schnupfen und Husten notiert sind, und am 15. und 16. Juni (37,8, 37,7, 38,3) für welche im Krankenbogen sich keine speziellen Erklärungen finden, um dann 3 Tage vor der Entlassung unter 37,0 zu fallen und zu bleiben.

Nach der ersten Punktion „fühlte sich Pat. erleichtert“. Zweite Punktion am 4. Mai Liquor wasserklar, spez. Gew. 1008; nach 1/4-stünd. Zentrifugieren mikroskopisch „mässig“ viel Leukozyten und wenig Lymphozyten. Eine dritte Punktion am 5. Mai ergiebt ein ähnliches Resultat; Liquor klar, spez. Gew. 1007; mikroskopisch „reichlicher Zellengehalt“. Pat. wurde am 22. Juni 1904 „relativ wohl“ auf eigenes Verlangen entlassen. Gewiss war die Entlassung zu frühe; doch scheint es Pat. später besser ergangen zu sein, da der Fabrikarzt berichtete, dass Pat. wieder in der Fabrik tätig sei.

Wenn auch kein sicherer Beweis vorhanden ist, dass dieser meningitische Zustand in direktem Zusammenhang zu bringen ist mit dem Trauma und mit den präsummierten direkten Verletzungen des Hirns durch das Trauma — so spricht doch der Verlauf dafür; der Kranke ist die nach dem Trauma aufgetretenen Erscheinungen nicht mehr losgeworden, hat wohl gearbeitet, hat aber seine Arbeit immer wieder unterbrechen müssen, weil die Erscheinungen stärker hervortraten. Retrospektiv dürfte man in der Deutung dieses Falles wohl kaum grobe Fehler machen, wenn man annimmt, dass durch das Trauma Zertrümmerungen des Hirns gesetzt worden sind, die bei der mangelnden Ruhe nicht zur Ausheilung gelangten und eine meningitische Reizung zustande brachten, welche letztere bei Ruhe und vielleicht unter Beihilfe der Lumbalpunktion schnell zur Heilung gelangte.

Diese und ähnliche Erfahrungen mahnen den Arzt die Kranken, bei denen nach dem Trauma Schädigungen des Cerebrum vermutet oder vorausgesetzt werden können, für längere Zeit Ruhe anzuempfehlen. Man sieht, dass sich diese Kranken bei der Ruhe in der Abteilung langsam bessern, im Gegensatz zu einem Teil der Kranken, die man der sogenannten „traumatischen Neurose“ zuzählt. Ein Teil dieser letzteren werden in der Abteilung schlechter.

Es würde für heute zu weit führen, wollte ich an dieser Stelle auf die andern Zustände nach Traumen, für die ich Ihnen Beispiele vorführen könnte, und die mit den erwähnten Zuständen in näherer Beziehung stehen, eingehen. Ich will nur auf die Bollinger'schen Spätkämorrhagien [5]) hinweisen, die etliche Tage oder selbst Wochen nach einem Trauma auftreten, und für die er Blutungen aus Erweichungsherden hat nachweisen können, für welche letzteren er direkt das Trauma als ursächliches Moment beschuldigt. Ich will auf die von Köppen [6]) nachgewiesene posttraumatische Paralyse und die von Reichardt [7]) ausführlich behandelten akuten und chron. traumatischen Geistesstörungen und auf die von Friedmann, Kronthal und Büdinger beobachteten Gefässerkrankungen nach Trauma nur hinweisen und nur auf einige Beziehungen, die meine Befunde zu den sogenannten traumatischen Neurosen haben, etwas näher eingehen. — Wenn wir uns den weiteren Verlauf der Erkrankung z. B. des ersten, Ihnen M. H. vorgestellten Kranken konstruieren, wie wir es nach Analogie vieler Fälle können, so wird er eine Zeit lang Hilfe bei der ärztlichen Kunst suchen; wenn er durch diese nicht arbeitsfähig wird, wird er sich an seine Direktion wenden; dieselbe wird ihm zu seinem und seiner Familie Unterhalt zu wenig geben, und er wird Schutz und Hilfe bei den Gerichten suchen. Not und Sorgen des Prozesses werden sein invalides Gehirn erst recht lahm machen, seine schon vorhandene weinerliche Gemütsverfassung wird deutlicher hervortreten, und es werden andere Symptome hinzutreten und das Bild der traumatischen Neurose wird sich ausbilden. Es werden

[5]) Festschrift für Virchow. Bd. 2.
[6]) Archiv f. Psych. u. Nervenkrkhten. 1900 p. 568 ff.
[7]) Allgemeine Zeitschrift f. Psych. 61. p. 524.

sich aber auch dann wohl keine greifbaren Symptome finden lassen, die eine direkte Schädigung des Cerebrum durch den Unfall werden beweisen lassen.

Das Bild wäre das der traumatischen Neurose und doch müssen wir den Mann nicht als an einer Neurose leidend ansehen, sondern als einen Kranken, der durch das Trauma an einer schweren materiellen Schädigung seines Gehirns leidet. Solch ein Kranker muss wohl entschädigt werden.

Ich habe etliche Fälle von sog. traumatischer Neurose punktiert, doch meist normalen Liquor gefunden; nur in einem Fall war eine Lymphozytose nicht unwahrscheinlich.

Am 6. Januar 1905 wurde der 51-jährige Hafenarbeiter H. J. in die Abteilung aufgenommen; ihm war am 19. Nov. 1904 während der Arbeit ein 12 Pf. schweres Stück Oelkuchen aus einer Höhe von 24 Fuss auf den Kopf gefallen; er sei zusammengebrochen, habe aber das Bewusstsein nicht verloren; er habe vom Tage des Unfalls (1. November 1904) bis zum 5. Dez. 1904 gelegen. Jetzt klagt er über heftige Kopfschmerzen, höre auf dem linken Ohr schlecht, habe Schwindelanfälle, besonders beim Gehen, und oft ein Zittern am ganzen Körper. Vor 31 Jahren eine Gonorrhoe und ein Ulkus. Sec.-Erscheinungen werden geleugnet.

Ueber Potus keine Bemerkungen im Bogen.

Status: Mittelgrosses normal gebautes Individuum mit gut entwickelter Muskulatur und Fettpolster. Haut rein, keine spez. Narben, keine Drüsen, keine Oedeme, kein Ikterus. Auf dem Kopfe oben eine 3 Cm. lange ziemlich geradlinige Narbe. Puls 120 regelmässig, gleichmässig, Arterien von mittlerer Füllung und Spannung. Resp.=n.

Keine Pupillendifferenz. Pu eng PuRe für Licht kons. und direkt = n. auf Conv. = n. Augenmuskeln intakt; Fundus = n. GF: konzentrisch eingeengt (L. Auge um 50—60°; R. Auge um 30—45°) (Dr. Moritz) KPh. = lebhaft, kein Fussklonus, kein Babinski; Romberg positiv. Cremaster- und Bauchreflex vorhanden. Sensibilität = n. Keine Paresen. Zittern des ganzen Körpers. Ohrbefund (Dr. Voss) beide Trommelfelle, namentlich links eingezogen, dabei die Tuben frei, so dass der Tensor tympani kontrahiert ist. Die Stimmgabel wird nach rechts besser gehört, beim Aufsetzen auf den linken proc. mastoideus nur ganz minimal. (8. Januar 1905) Gemütszustand deprimiert, wenn auch weniger als in vielen andern ähnlichen Fällen. Der Befund am Thorax und Abdomen ergiebt keine Abweichungen von der Norm. Harn: Zucker und Eiweiss frei. 1028. — Das einzige Symptom das dazu veranlassen könnte an gröbere Läsionen des Hirns zu denken war die zentrale Affektion des Gehörapparates. Alle übrigen Einzelheiten des Krankheitsbildes, die für die traumatische Neurose charakteristisch sind, gaben aber bei der Beurteilung den Ausschlag. Erst die Lymphozytose liess mich von der Vorstellung einer Neurose zurückkommen und an materielle Läsionen, die noch nicht zur Ruhe gekommen waren in erster Linie als direkte Ursache des ganzen Bildes denken.

Lumbalpunktion am. 8. Februar und 1. März durch Blutbeimischung bei der Punktion «unbrauchbar». Am 2. Mai 1905 wurde eine dritte Punktion vorgenommen: obgleich auch hier während der Punktion sich ein wenig Blut dem Liquor beimengte, so sind doch die Notizen im Krankenbogen von Wichtigkeit; es fanden sich 30—40 Zellen im GF. davon 15—20 Erythrozyten und 20—25 Lymphozyten. Wenn auch dieser Befund vom Untersucher (Dr. Pfeiffer) selbst als nicht ganz zuverlässig hingestellt wird, so stimmt er doch insofern mit dem früheren überein, als in allen dreien immer auffallend viel Lymphozyten gefunden worden sind. Der Zustand des Kranken blieb fortlaufend derselbe schlechte, verschlechterte sich im Allgemeinen, so dass er am 19. Mai 1905 als unheilbar entlassen wurde und der Versicherungsgesellschaft auf ihre Anfrage in diesem Sinn geschrieben wurde.

Hier und bei vielen anderen Kranken, die im Laufe der Jahre zur Beobachtung gelangten, habe ich den Eindruck gewonnen, dass an der «typischen traumatischen Neurose» meist nur Leute erkranken, die ein schweres Kopftrauma erlitten haben; bei denen also eine «Neurose» nicht vorliegt, sondern deren Hirn durchs Trauma materiell schwer geschädigt worden ist. Und es handelte sich in diesen Fällen um meist nicht belastete, kräftige Individuen. Die hier berichteten Erfahrungen mit Hilfe der Lumbalpunktion bestätigen nur diese Vermutung.

Manche von diesen Kranken kommen zur Ausheilung, wenn sie Gelegenheit haben sich lange Zeit zu schonen — offenbar Kranke mit weniger ausgedehnten Zertrümmerungen — sie behalten aber immerhin ein weniger leistungsfähiges Hirn, als gesunde.

Ich habe mehrere solche Leute öfter in der Abteilung wiedergesehen. Sie arbeiten brav und fleissig; nach ein zwei Jahren versagt ihr Gehirn wieder und sie bedürfen einer Erholung von 2—3 Monaten in der Abteilung, um wieder arbeitsfähig zu werden; dass es sich um hierher gehörige Fälle handelte beweisen die Ausfallssymptome — Abduzenslähmung, zentrale Taubheit auf einem Ohr etc. welche Symptome bei den betreffenden Kranken über alle die Jahre der Beobachtung stationär geblieben sind.

Im Gegensatz zu diesen stehen Fälle, die als «traumatische Neurosen» zur Beobachtung kommen, aber gar kein Kopftrauma oder ein geringfügiges, meist aber Traumen anderer Art erlitten hatten. Sie waren alle schwer belastete Psychopathen, resp. direkt hysterisch veranlagte Individuen. Diese müssen aus dem Krankenhaus entlassen werden, sie werden dort schlechter.

Ich will durchaus nicht die Existenz der «traumatischen Neurosen» der Schreck-Neurosen und -Psychosen leugnen, doch für eine grosse Zahl der Fälle, die ein direktes Kopftrauma erlitten haben, muss ich nach meinen Erfahrungen mehr oder weniger schwere materielle Schädigungen des Hirns selbst in Anspruch nehmen, die ein invalides Hirn erzeugen. Dasselbe ist dann den Mishelligkeiten, die einen mit Erkrankung des Hausvaters verbundenen Unglück folgen, absolut nicht mehr gewachsen.

Blutige Zerebrospinalflüssigkeit nach einem Kopf-Trauma ist schon gefunden worden; ich habe zwei französische Arbeiten gefunden, von Boutier[8]) und von Rochard[9]); sie beziehen jedoch diesen Befund auf eine Basisfraktur und betont Rochard die günstige therapeutische Wirkung auf die Kopfschmerzen der Leidenden. Auch mein Kranker Birk war ja nach der Punktion schmerzfrei und schlief gut.

Ob andere Beobachtungen vorliegen weiss ich nicht; ich mag manche Arbeit nicht gefunden haben.

Nachtrag: Es sei nur gestattet hier die Schlusssätze aus der eben von Merzbacher in dem 1. Dez.-Heft des Zentralblatt für Nervenheilkunde erschienenen dankenswerten Arbeit abzudrucken. «Einige statistische Bemerkungen über Unfallsneurose»; Merzbacher ist auf anderem Wege zu ähnlichen Resultaten gekommen wie ich.

[8]) Boutier, Marcel: Thèse de Paris 1902.
[9]) Rochard: Presse medicale Nr. 35, pg. 411. 1902.

«Auf Grund der erwähnten Gruppierung und der statisti-«schen Erhebungen können wir den Schluss ziehen, dass so-«wohl die Lokalisation der Verletzung, wie auch die Schwere «derselben als wichtiger ätiologischer Faktor bei der Ent-«wicklung der Unfallneurosen zu betrachten ist. Es ist sicher «kein Zufall, dass wir die relativ allermeisten Neurosen im «Anschluss an schwere Kopfverletzungen sich entwickeln «sehen: nach fast 50 pCt. der schweren Kopfverletzungen «sehen wir sich ein Krankheitsbild abrollen, das nach Abzug «derjenigen Klagen, die auf Kosten der organisch bedingten «Verletzungen zu setzen sind ganz dem Krankheitsbilde der «Unfallsneurose entspricht. Anderseits ist es interessant, zu «konstatieren, dass jene schwersten Fälle (Kategorie I) bei «denen der ganze Organismus nicht nur körperlich, sondern «auch psychisch in Mitleidenschaft gezogen wird, in unseren «Fällen keine bleibenden psychischen Störungen zurücklässt».

(Schwere Unfälle — Herumschleudern des ganzen Körpers durch einen Treibriemen, «bei denen gerade die Psyche ganz besonders ebenso wie der Körper erschüttert» werden konnte. — Nach keinem einzigen dieser Unfälle stellte sich Unfallsneurose ein).

«Ich konstatiere diese Tatsache, ohne es zu wagen, einen «Erklärungsversuch für diese Erscheinung vorzubringen. «Weitere statistische Erhebungen müssen hier erst Klärung «schaffen — ich möchte aber besonders auf diese Tatsache «aufmerksam machen. Wenn ich die dieser Kategorie zuge-«hörigen Fälle betrachte, fällt es mir auf, dass die hier Be-«troffenen gerade durch eine erhebliche Anzahl sehr jugend-«licher Individuen repräsentiert werden. Die Erfahrung, dass «gerade die schweren Kopfverletzungen das grösste Kontin-«gent der Unfallneurosen stellen, könnte vielleicht zu ver-«schiedenen Erklärungen Anlass geben. Einmal wäre viel-«leicht daran zu denken, dass die Einwirkungen auf das Ge-«hirn doch zu diffusen organischen Schädigungen führen, die «eine dauernde Schädigung des Zentralnervensystems bedin-«gen; legt man aber auf die psychogene Entstehung der Un-«fallneurose besonders starken Wert, so muss man aner-«kennen, dass gerade die schweren Verletzungen des Schädels «besonders geeignet sind, schwere Befürchtungen über die «Natur und den Ausgang der Erkrankung zu erregen, zumal «dann, wenn tatsächlich Teile des Gehirns — wie das meist «der Fall ist — betroffen worden sind und anfänglich orga-«nisch begründete Sensationen und Störungen erzeugen. Die «Lokalisation der Verletzung erscheint, wenn man so sagen «darf, in diesen Fällen besonders stark assoziativ verankert, «das Gehirn mit seinen zum Teil mystischen Funktionen gilt «eben als ein besonders edles, verletzliches und schwer sich «erholendes Organ. Den Hauptwert meines Beitrages möchte «ich in der Konstatierung der Tatsache erblicken, dass wir «uns über die Häufigkeit des Auftretens der Unfallneurosen «falschen Vorstellungen hingegeben haben; auch glaube ich, «dass der von mir eingeschlagene Weg der statistischen «Untersuchung zur Durchforschung des weiten Gebietes «noch nach andrer Richtung hin nutzbringend zu betreten «wäre».

Ich möchte in diesen Erfahrungen Merzbachers, die ich freudig begrüsse, eine Bestätigung der Anschauungen, die ich in Wolmar vorbrachte, erkennen. Die Tatsache dass 50 pCt. der Unfallsneurosen an Individuen beobachtet wurden, die ein schweres Kopftrauma erlitten hatten, entspricht und bestätigt meine Erfahrungen. Ich meine aber, dass der Prozentsatz ein viel höherer werden dürfte, wenn man genau präzisieren könnte, was als schweres Kopftrauma anzusehen ist, und was als leichtes. Im Fall Birk dürfte man von einem leichten Kopftrauma sprechen, in Anbetracht der bald eingetretenen Euphorie und mussten wir materielle Läsionen voraussetzen. Ich habe eben aus der Klinik eine Kranke entlassen, die eine ganz leichte Kopfwunde durch einen Fall beim Verlassen des Tramway erlitten hatte, kaum durch das Trauma in ihrem Befinden gelitten zu haben schien, bei fortgesetzter Arbeit allmählich in einen Zustand kam, der jede Tätigkeit unmöglich machte. Nach 14 Tagen konnte sie ihren Dienst nicht mehr ausfüllen, nahm einen leichteren Posten an, doch auch hier verschlechterte sich ihr Zustand stetig, so dass sie schliesslich nichts denken, nichts tun konnte, alles vergass, sich an nichts erinnerte, schlecht schlief und schlecht ass; somatischer Befund negativ. Heredität nicht vorhanden. Erst eine längere Bettruhe (3 Mon.) und dann allmähliges Training liess den Zustand sich soweit bessern, dass Pat. in häusliche Pflege geschickt werden konnte. — Auch erinnere ich an das anscheinend geringfügige Trauma im Falle Köppen.

Diese Erfahrungen Merzbachers, meine ich, sprechen dafür, dass die Annahme: es handele sich in den Fällen von traumatischen Neurosen, die einem Kopftrauma folgen, nicht um eine Neurose, sondern um materielle Ausfallssymptome infolge traumatischer Läsionen des Hirn's viel Wahrscheinlichkeit für sich hat.

Mitteilungen aus der Gesellschaft praktischer Aerzte zu Riga.

1440. Sitzung vom 4. Oktober 1906.

Anwesend 66 Mitglieder und 13 Gäste: DDr. Schultz, Wichert, Maximowitsch, Devrient, Heinrichsen, Pacht, Brehm, Hold, Cossard, Mende, Girgensohn, Kügler und Jankowsky.

Eingelaufen ein Rechenschaftsbericht aus Dorpat über die Verwendung der für die durch die Revolution geschädigten Kollegen gesammelten Gelder.

Punkt I der Tagesordnung: Dr. Paul Klemm berichtet über 3 Fälle von Appendizitis mit Perforation (die Fälle werden veröffentlich werden).

Dr. Paul Klemm demonstriert ein Korsett für Spondylitis der Halswirbelsäule und Stütze für Kinn und Hinterhaupt unter Vermeidung des Mastes als Stützpunkt für den Kopf.

Dr. Brutzer macht auf das Korsett für diesen Zweck von Hoffa aufmerksam.

Punkt II der Tagesordnung: Dr. P. Prätorius hält einen Vortrag über einen Fall von Lyssa humana.

Den 7. August dieses Jahres trat in die Nervenabteilung des Stadtkrankenhauses das 22 Jahre alte Dienstmädchen Alwine J. ein, die einen Zettel des sie behandelnden Arztes beibrachte, dass sie auf Lyssa verdächtig sei, ohne nähere Begründung dieser Angabe.

Anamnestische Angaben der Patientin: Am 11. Juni von einem Hunde in den linken Unterarm gebissen. Die Bisswunde vom Arzte verbunden, sei allmählich verheilt. Der Hund hätte die 2 letzten Tage vor dem Bisse nichts gefressen und sei sehr bissig geworden und sei am Tage nach dem Unglücksfall erschossen worden. Bald nach der Verletzung hätten sich bei der Patientin Appetitlosigkeit und starke Schmerzen im Arm eingestellt. 2 Wochen vor Aufnahme der Patientin ins Krankenhaus hätte sich, angeblich im Anschluss an eine Elektrisierung der linken Hand eine allmähliche Verschlechterung des Zustandes eingestellt, die in nicht näher definierten Schmerzen in der ganzen linken Körperhälfte, Hitze- und Kältegefühl, Schwindel, Appetitlosigkeit und allmählicher Lähmung des linken Armes bestanden hätten. Keine Schluckbeschwerden gewesen.

Status praesens und Krankheitsverlauf:

Mittelgrosse, normal gebaute Person von gutem Ernährungszustande. Gesichtszüge schlaff und verfallen. Sensorium frei, Apathie. Puls 112 schwach, etwas ungleichmässig und unregelmässig. Atmung 44. Am linken Unterarm mehrere kleine, vernarbte Wunden. Organbefund normal. Rachenschleimhaut leicht gerötet, Rachenreflexe fast aufgehoben. Kniephänomen und Patellarreflexe normal. Der ganze linke Arm wird schlaff gehalten, die passive Beweglichkeit gut, aktive fehlt vollkommen, doch kann Pat. den passiv flektierten Unterarm in dieser Stellung halten. Der linke Arm ist bis zur Mitte des Oberarms hinauf hyperästhetisch, sonst finden sich keinerlei sensible Störungen. Am linken Auge beginnende Phlyktaene sonst Augenbefund normal. Starke Transpiration.

Den 8. August fühlt sich Pat. viel schlechter, sie klagt, dass sie nicht genügend Arznei erhalten hätte, dass sie ein Gefühl hatte, als wäre sie eine Leiche, könne weder gehen noch stehen und bittet flehentlich man möge sie gesund machen. Abends Klagen über Halsschmerzen, Pat. kann den linken Arm bei abgelenkter Aufmerksamkeit ziemlich gut bewegen. Im Harn Spuren von Eiweiss. Brust und Abdominalorgane normal.

Um 3 Uhr Morgens am 9. August exitus letalis bei freiem Sensorium ohne Krämpfe.

Die Temp. war bei der Aufnahme 38,5°, am Morgen des 8. August 37,8 und steigt dann konstant bis zum Tode, wo sie eine Höhe von 40,1° erreicht.

Klinische Diagnose: Hysteria und Lyssa?

Sektion den 10. August. Mit Ausnahme einer geringfügigen Angina und leichter Vergrösserung der Nieren und Trübung ihres Parenchyms vollkommen normaler makroskopischer Befund. Es konnte mithin keine sichere Diagnose gestellt werden, die den Tod hätte erklären können und wurde das Gehirn dem bakteriologischen Institut zur Untersuchung übergeben.

Tierversuche:

Nach der Angabe von Marx wird eine Emulsion der Medulla oblongata mit 1 pCt. Karbolsäurelösung hergestellt, dieselbe 18 Stunden im Eisschrank stehen gelassen, um Fäulnisbakterien oder eitererregende Mikroorganismen auszuschliessen und erhalten 2 Kaninchen davon eine Menge von je 5 ccm. intramuskulär verimpft in die langen Rückenmuskeln.

Kaninchen I grau, besonders kräftig, geimpft den 11. August, zeigt am 26. August beginnende Lähmung der hinteren Extremitäten, kann sich am 28 nicht mehr bewegen, am 29. frisst es nicht mehr, zeigt nur noch stark abgeflachte Atmung und wird am 6. September durch Chloroform getötet.

Kaninchen II weiss, zeigt am 27. August die ersten Erscheinungen, Kopf stark auf eine Seite geneigt. Den 88. beginnende Lähmung der hinteren Extremitäten, die am 29. stark zunimmt, es fällt, beim Versuche zu springen, hin. Am 30. August liegt es mit oberflächlicher, beschleunigter Atmung und wird am 30. August tot aufgefunden.

Sektion, Bei beiden Tieren vollkommen gleicher Befund. Geringe Hyperämie des Gehirns, Harnblase ad maximum erweitert und mit Harn gefüllt, Organbefund makroskopisch normal. Die Muskulatur an den Injektionsstellen blass, aber sonst vollkommen normal aussehend.

Kaninchen III intramuskuläre Impfung von Emulsion der Medulla von Kaninchen II. Da die Injektionsspritze leider nicht gut funktionierte erhielt das Tier kaum 1—2 ccm. Impfung am 1. September, am 21. September, nach scheinbar vollkommen gesund verlaufener Inkubationszeit, plötzlich eintretende Lähmung, das Tier liegt nur noch mit oberflächlicher, beschleunigter Atmung, und krepiert am 27. September.

Sektion auch hier vollkommen analog mit den beiden vorher gestorbenen Tieren. Auf diese Tierexperimente gestützt konnte dann die Diagnose Lyssa als erwiesen angenommen werden. Am 28. September wird ein 4. Kaninchen geimpft, um noch die Spinalganglien und das Gehirn näher untersuchen zu können, da in den früher untersuchten Hirnen keine Negrischen Körperchen gefunden werden. In den verschiedensten Teilen des Zentralnervensystems finden sich nach Negri intrazellulär liegende Körperchen, die der Autor als Erreger der Tollwut ansieht, da er sie nie bei anderen, als nur an Lyssa verstorbenen Individuen gefunden hat. Bohn hat diese Körperchen bei 109 Tieren, deren Tollwut durch das Tierexperiment festgestellt war in 99 Fällen nachgewiesen. Durch Bestätigung der genannten Entdeckung würde die Diagnose eine bedeutende Vereinfachung erfahren, da sie dann naturgemäss viel schneller erfolgen könnte; bei negativem Befunde muss aber doch das Tierexperiment herangezogen werden. Die statistischen Angaben über die Pasteurbehandlung und deren Erfolg sind die denkbar günstigsten. Die Mortalität, die von Koll und Hetsch bei dieser Behandlung auf 0,49 pCt. angegeben wird, betrug nach Högyes, Bouley und Proust bei Bissverletzungen, die durch nachgewiesenermassen tollwütige Hunde erfolgte, ohne die spezifische Behandlung 40—50 pCt.

Dr. Hampeln möchte sich über den experimentellen Teil der Mitteilung kein Urteil erlauben. Sollte das Ergebnis der Tieruntersuchung wirklich ein eindeutiges und sicheres sein, so erscheine das um so wichtiger, als die klinischen Erscheinungen des Falles eigentlich nicht zu dem gewöhnlichen und so äusserst charakteristischen Bilde der Lyssa stimmten. Schmerzhafte Schwellung eines Armes nach einem Biss, eine Lähmung, allgemeine Schwäche, tötlicher Ausgang, so schildert Vortragender die Erscheinungen und den Verlauf. Er Hampeln habe in keinem der von ihm beobachteten Lyssafälle derartige Erscheinungen, insbesondere auch keine Extremitätenlähmung gesehen. So scheine ihm der Zweifel nicht unberechtigt, ob es sich im mitgeteilten Fall überhaupt um Lyssa und nicht etwa um eine andere traumatische Infektionskrankheit mit tötlichem Ausgange gehandelt habe.

Dr. Voss fragt ob in der Literatur Lähmungen der gebissenen Extremitäten bei Lyssa bekannt sind; er meint, der Fall sei wichtig genug um publiziert zu werden um die Frage der Lähmungen beim Menschen klar zu stellen, resp. in Fluss zu bringen.

Dr. Paul Klemm meint klinisch sei hier die Diagnose auf Lyssa wohl nicht zu stellen gewesen, die Impfresultate am Kaninchen könne er nicht beurteilen, weil er den Verlauf nicht kenne die Tiere reagieren auf verschiedene Gifte verschieden. Die Lyssa sei klinisch doch wohl nur mit dem sogenannten Kopftetanus zu verwechseln, das Bild der gesteigerten Reflexerregbarkeit von der Medulla oblongata ausgehend sei das Charakteristische. Bei der Gruppe der mit ähnlichen Erscheinungen verlaufenden Krankheiten, der Strychninvergiftung bei Lyssa und beim Tetanus kämen nur beim letzteren Lähmungen vor und zwar nur im Gebiete des Facialis. Extremitätenlähmungen kämen dagegen auch beim Tetanus nicht vor.

Dr. Schabert: hält den experimentellen Nachweis für erbracht dass es sich in diesem Falle um Lyssa handele. Ebenso wie die Tuberkulose durch das Meerschweinchenexperiment, werde die Lyssa sicher am Kaninchen nachgewiesen. — Das Charakteristische sei, nicht dass das Kaninchen überhaupt eingehe, sondern dass es zu einem bestimmten Termin, der um den 16—20 Tage herum liegt eingehe und dass eine erfolgreiche Weiterimpfung möglich sei. Nach seinen persönlichen Erfahrungen, die er auf Grund einer grösseren Reihe von Impfungen vor längerer Zeit gemacht habe und dem Verein in einem Vortrage bereits vorgelegt habe, müsse er für die Richtigkeit der Diagnose des Vortragenden eintreten.

Dr. Ed. Schwarz bemerkt, dass die Kranke während seiner Abwesenheit in seiner Abteilung gelegen habe; über den Status könne er daher nichts sagen. Was die Frage aber anlange, ob es sich wirklich um die Folgen einer Lyssainfektion gehandelt habe oder nicht, so sei nach Analogien mit anderen Krankheitsbildern diese Frage nicht zu verneinen; das ungewöhnliche Krankheitsbild werde durch die Analogien, wenn nicht erklärt so doch dem Verständnisse näher gebracht. Alle Gifte, die in den Organismus gelangen und Lähmungen erzeugten, lokalisierten sich gerne und mit Vorliebe in den peripheren Nerven. Die Variabilität des Bildes der Polineuritis hänge aber von dem Gifte einerseits — der individuellen Disposition des betroffenen Individuums andererseits ab. Vor 2 Jahren sei in der Abteilung eine Kranke beobachtet worden, die infolge eines Schlangenbisses an einer Polineuritis erkrankt sei: die Extremität, die von dem Biss getroffen worden war — das eine Bein — wäre auch das durch die Lähmung am meisten betroffene gewesen; hier also ein ganz analoges Bild.

Die Autoren führten an, dass die peripheren Nerven die Leitungsbahnen für das Gift darstellten, auf denen das Gift von der Infektionsstelle zum Zentralorgan geleitet werde; die Entstehung einer Neuritis sei also plausibel.

Die Ungewöhnlichkeit des Bildes werde andererseits durch das Fehlen der gewaltigen — sonst im Vordergrunde des Krankheitsbildes stehenden Krampferscheinungen hervorgerufen; auch hierfür seien Analogien vorhanden; es seien Fälle von Tetanus traumaticus in der Abteilung beobachtet worden, bei denen die für den Tetanus traumaticus so überaus charakteristischen clonischen Krämpfe ganz und gar fehlten; die Erscheinungen seien aber durch die Kontrakturen und ihre Eigentümlichkeit als Tetanus nicht schwer zu deuten; das Bild sähe dem Rekonvaleszenz — Stadium des Tetanus sehr ähnlich.

Auch andere Krankheiten könnten angeführt werden, die Formen zeigten, in denen die Hauptsymptome fehlten — die formes frustes — der Franzosen.

(Autoreferat).

Dr. P. Klemm. Der Tetanus ist eine Erkrankung, die hauptsächlich durch das Bestehen tonischer Krämpfe charakterisiert ist, der tonische Krampf ist stets an Tetanischen zu konstatieren, deshalb wundere er sich, dass Dr. Schwarz sagte, er hätte in letzter Zeit mehrfach Tetaniker ohne Krämpfe gesehen, höchstens mit ein «Bischen Trismus». Trismus ist aber tonischer Krampf der Kaumuskulatur. Auf die Intensität desselben kommt es natürlich nicht an, es genügt nur die Anwesenheit desselben überhaupt zu konstatieren.

Dr. Voss. Das Fehlen der Schulsymptome (der Schlundkrämpfe) könne nicht gegen Lyssa sprechen, da ja beim Hunde das Bild der stillen Wut ganz bekannt sei. Auch hier tritt ganz typisch eine Lähmung der hinteren Extremitäten ein, einerlei ob sie gebissen sind, oder nicht.

Dr. Praetorius erwidert dass es bei den Kaninchen den Versuchstieren sich um die stille Wut handele ebenso wie bei den Menschen.

Dr. M. Schönfeldt möchte nur darauf hinweisen, dass eine Erkrankung des CN Systems — die Chorea minor — deren charakteristisches und nicht selten einziges Symptom gerade die motorische Unruhe, Muskelzuckungen und beständige Bewegungen sind — in manchen Fällen unter Lähmungserscheinungen auftreten kann (sog. Chorea mollis s. paralytica.)

Dr. Redlich er habe den Fall ein Mal am Morgen nach seinem Eintritt in das Krankenhaus gesehen. Es lagen damals keinerlei Erscheinungen einer Neuritis am gebissenen Arm vor. Der Arm wurde in toto unbeweglich gehalten. Angeblich waren nicht die geringsten Bewegungen, weder im Arm, noch in der Schulter möglich. Bei abgelenkter Aufmerksamkeit bestätigte sich diese absolute Bewegungslosigkeit nicht. Dafür sprach auch die Entstehungsweise unmittelbar im Anschluss an die erste Faradisation vor 14 Tagen. Der Fall hat auch ein grosses praktisches Interesse. Im Falle eines forensischen Nachspieles könnte sich die Lyssa-Diagnose nur auf das Tier-Experiment stützen, da die klinische Beobachtung nichts Charakteristisches für Lyssa ergab.

Dr. Schabert: Die Lähmungserscheinungen am Arm dürfen uns nicht veranlassen etwas Ausschlaggebendes in ihnen zu erblicken; sie könnten auch als hysterische aufgefasst werden, wie das Dr. Redlich vermutete; eine Hysterica kann aber auch lyssakrank werden. Ausschlaggebend für die Diagnose der Lyssa sei der Tod eines sonst völlig gesunden Individuums, ohne dass sich anatom. ein Grund ergaben hätte und die erfolgreiche Ueberimpfung seiner Nervensubstanz auf Versuchstiere, die praezise zum Termin der experim. Lyssa eingingen.

Dr. Hampeln betont nochmals, dass so ausführlich und genau die experimentelle Untersuchung sei, der Fall klinisch zu wenig beschrieben sei, positiv sei nur die Bisslähmungserscheinungen und der Tod nach 2 × 24 im Krankenhause verbrachten Stunden, für eine klinische Beurteilung zu wenig Material.

P. III der Tagesordnung.

Dr. Schabert: Ein Beitrag zur Sektion des Herzens.

Die bisher geübte Sektion des Herzens, welche sich wesentlich an die Vorschriften Virchow's anlehne gäbe nicht auf alle Fragen eine ausreichende Antwort; mit ihrer Hilfe könne die Frage der Hypertrophie einzelner Herzabschnitte, die Zustände der Atrioventrikularklappen und der Verschluss der Coronararterien nicht immer einwandsfrei gelöst werden. In der pathol. anat. Abteilung des Stadtkrankenhauses übe er jetzt, um Hypertrophie nachzuweisen die Methode von Müller, der getrennten Wägung der Herzabschnitte. Die Schlussprobe an der Mitralis gelinge so häufig, dass sie — nach des Vortragenden Meinung nicht das ablehnende Urteil Virchow's verdiene; die Schliessprobe an der Tricuspidalis macht am Leichenherzen stets Fiasko; die Prüfung der Durchgängigkeit der Coronararterien sei nicht mit Instrumenten sondern nur durch Injektionen in der Richtung des Kreislaufes vorzunehmen; nur mit ihrer Hilfe sei es möglich in einwandfreier Weise zu entscheiden ob veritable Verschlüsse vorlägen. Für Zustände der Dilatation eines Herzabschnittes gäbe es noch kein exaktes, auf Wägung oder Messung beruhendes Verfahren. (Erscheint ausführlich im Zentralblatt für patholog. Anatomie).

d. Z. Sekretär: Dr. R. von Sengbusch.

Tagesnachrichten.

Personalia.

— Der berühmte Forscher Prof. Dr. Ernst Häckel in Jena ist aus Anlass seines goldenen Doktorjubiläums vom Grossherzog von Sachsen-Weimar zum wirklichen Geheimrat mit dem Prädikat «Exzellenz» ernannt worden. Von der medizinischen Fakultät der venezolanischen Staatshochschule in Caracas ist Prof. Häckel zum auswärtigen korrespondierenden Mitglied ihrer Akademie gewählt worden; sie hat dem Gelehrten damit eine Ehrung zuteil werden lassen, wie sie bisher nur dem Spanier Prof. Ramon y Cajal und Professor Metschnikow in Paris zuerkannt wurde.

— Am 5 März n. St. beging der bekannte Anatom Prof. Dr. Emil Zuckerkandl in Wien, sein 25-jähriges Jubiläum als Professor ordinarius. Am 5. März 1882 wurde er zum Ordinarius an der Universität Graz ernannt, von wo er 1888 nach dem Tode Prof. Langers nach Wien berufen wurde. Z. vertritt die vergleichend anatomische Richtung in der Medizin; insbesondere wurde die Anatomie der Sinnesorgane, der Mund- und Nasenhöhle durch ihn gefördert. Die anatomische Wissenschaft verdankt dem Jubilar, der sich ausserordentlicher Beliebtheit in den Kreisen der Studenten und Kollegen erfreut, mehrere wertvolle Lehrbücher und Atlas, u. a. die neue 9. Auflage des alten Heitzmann'schen Atlas.

— Dem Chef des Medizinalwesens des Zivilressorts im Kaukasus, wirkl. Staatsrat Dr. Modest Fenomenow, ist der St. Wladimirorden III. Klasse verliehen worden.

— Für Auszeichnung bei der Beteiligung an der Ergreifung von Massregeln gegen die Cholera im Kaukasus sind die Gouvernementsärzte von Jelissawetpol, Dr. Ter-Grigorjanz, und von Baku, Dr. Semenow, zu wirklichen Staatsräten befördert worden.

— Zum Korpsarzt des XII. Armeekorps ist der bisherige Präses des wirtschaftlichen Komitees der Fabrik für militär-medizinische Präparate, wirkl. Staatsrat Dr. Wolkow ernannt worden, an dessen Stelle wieder der Divisionsarzt der 18. Inf.-Division, Staatsrat Dr. Lasarewitsch getreten ist.

— Der Chef der Apotheken-Abteilung der hiesigen Fabrik für militär-medizinische Präparate, wirkl. Staatsrat Dr. Paul Kraws-Tarnawski, ist zum Chef der genannten Fabrik ernannt worden.

— Wie verlautet, ist der Leiter der chirurgischen Poliklinik in Marburg Prof. extraord. Dr. Hermann Küttner als Nachfolger des zum 1. April 1907 von der Direktion der Marburger chirurgischen Universitätsklinik zurücktretenden Professors Dr. Küster in Aussicht genommen.

— Der Direktor der kaukasischen Mineralbäder Iwanow tritt, wie die Tagesblätter melden, in den Ruhestand und soll durch den Direktor des Busker Mineralbades Dr. S. Issajew ersetzt werden.

— Zum konsultierenden Arzt bei der Gemeinschaft barmherziger Schwestern zur Kreuzeserhöhung in Reval ist der dortige Arzt, Staatsrat Dr. A. Kusmanoff, ernannt worden.

Nekrologe:

— Verstorben sind: 1) In Helsingfors der frühere Oberarzt des dortigen Militärhospitals, wirkl. Staatsrat Dr. Karl Gerich, im 70. Lebensjahre. Der Hingeschiedene war in Dorpat geboren, wo er auch sich dem Studium der Medizin von 1857—64 widmete. Nach Erlangung der Doktorwürde wurde er Militärarzt und diente anfangs als jüngerer Arzt eines Infanterieregiments in Finnland und Podolien, dann als Ordinator und zuletzt als Oberarzt am Militärhospital in Helsingfors. Die letzten Jahre lebte er verabschiedet in Witebsk und Helsingfors. 2) In Shitomir der dortige Arzt Dr. Apollinarius Telpichin im Alter von 63 Jahren an Nephritis. Nach Absolvierung seiner Studien an der medikochirurgischen Akademie i. J. 1868 war er kurze Zeit Militärarzt und liess sich 1870 als freipraktizierender Arzt in Saratow nieder, wo er sich speziell mit Augen- und Ohrenkrankheiten beschäftigte. Als er in den 90-er Jahren an Diabetes erkrankte, siedelte er nach Shitomir über und kurierte sich dort mit Spermin. Da ihm aber das Poehl'sche Spermin für die längere Kur zu teuer war, so erfand er, wie Dr. Solotow im «R. Wratsch» mitteilt, eine einfache und billige Methode der Herstellung des Spermins, welche er auch im Jahre 1898 im «Wratsch» beschrieben hat. Das Spermin, welches er anfangs nur zu eigenem Bedarf herstellte, überliess er dann unentgeltlich auch anderen Aerzten und als die Nachfrage nach seinem Präparate stetig zunahm, richtete er vor 3 Jahren ein eigenes Laboratorium zur Anfertigung des Präparats unter seiner speziellen Aufsicht ein. Der Verstorbene zeichnete sich durch Güte und Humanität aus und erfreute sich daher einer grossen Beliebtheit namentlich unter der armen Bevölkerung. 3) In Pjatigorsk am 29. Januar der Senior der dort praktizierenden Aerzte, Dr. Michael Nowick, im 74. Lebensjahre. Die ärztliche Praxis hat der Verstorbene fast 50 Jahren ausgeübt. 4) In Samara der Landschaftsarzt Alexander Tytschinin im Alter von 46 Jahren an Apoplexie. Die Venia practicandi hatte er i. J. 1889 erlangt. 5) In Wilna der ältere Arzt des 3. Sappeurbataillons Dr. Awit Reniger im 54. Lebensjahre nach 20-jähriger ärztlicher Tätigkeit. 6) In Paris der Professor der Histologie und Embryologie an der Sorbonne und der Ecole d'anthropologie Dr. Mathias Duval im Alter von 63 Jahren. Besonderes Interesse erregten seine Arbeiten über die Gehirne bedeutender Männer, namentlich über dasjenige Gambettas.

Von Universitäten und med. Instituten.

— In der medizinischen Fakultät der Odessaer Universität dauern die unerquicklichen Differenzen im Professorenkollegium, die eines politischen Hintergrundes nicht entbehren und namentlich bei der Wahl eines neuen Dekans zu Tage traten, noch immer fort. Infolgedessen massen sich die Studenten in unglaublicher Weise das Recht der Entscheidung in den Fakultätsangelegenheiten an. So war in der vorigen Woche von den Studentenältesten der Kurse eine Versammlung der Mediziner einberufen worden, zwecks Stellungsnahme der Studenten zu den letzten Ereignissen an der Universität. In dieser Versammlung wurde vor allem die Wahl des Professors S. Lewaschëw (Therapeut) zum Dekan und des Professors A. Mankowski (Histolog) zum Sekretär der Fakultät einer Erörterung unterzogen, sodann die Besetzung des vakanten Lehrstuhls der hospitaltherapeutischen Klinik durch den Professor Schtscherbakow aus Warschau. Inbetreff der ersten Frage wurden verschiedene Vorschläge zur Reagierung gegen die Handlungsweise des Professors Lewaschëw gemacht. Es wurden auf die Notwendigkeit der Ergreifung von Massregeln gegen die Handlungen der «rechten» Professoren, welche das Universitätsleben angeblich schädlich beeinflussen, hingewiesen. Schliesslich wurde der Boykott des Prof. Lewaschëw und des Prof. Mankowski beantragt. Einige stellten sogar den Antrag, die Proff. Lewaschëw und Mankowski zu ersuchen, auf ihre Aemter zu verzichten. Bezüglich der Ernennung des Prof. Schtscherbakow wurde unter anderem darauf hingewiesen, dass sich die Ernennung eines Professors mit der Autonomie der Universität nicht vertrage und dass Prof. Schtscherbakow als eine fremde Person anzusehen sei. Falls Prof. Schtscherbakow aber auf Grund seiner Ernennung den Lehrstuhl einnehmen sollte, so werde die Studentenschaft die Frage der Boykottierung zu erörtern haben!

— Nicht weniger anmassend sind die Studenten des IV. Kursus der militär-medizinischen Akademie aufgetreten, die folgende Beschlüsse gefasst haben: «In Anbetracht dessen. dass der Chef der Akademie durchaus nicht mit der Meinung des Kurses rechnet und hartnäckig die studentischen Repräsentanten des IV. Kursus nicht anerkennen will, haben wir beschlossen: 1) den Herrn Chef der Akademie zu boykottieren und 2) unsere Repräsentanten zu beauftragen, einen Modus des Verkehrs mit der Professorenkonferenz in Angelegenheiten des Kursus, jedoch mit Uebergehung des Chefs der Akademie, auszuarbeiten».

(Towar.—R. Wr.).

— Die Studenten des IV. Kursus der militär-medizinischen Akademie haben auch beschlossen, gegen die Anwendung der Arreststrafe auf der Hauptwache zu protestieren.

— Der Prof. extraord. an der Universität Leipzig Dr. Karl Hirsch hat den Ruf als ausserord. Professor und Direktor der medizinischen Poliklinik an der Universität Jena (an Prof. Dr. Gerhardts Stelle) angenommen.

Standesangelegenheiten.

— Auf die Aufforderung des St. Petersburger Stadtamts an den Oberarzt des städtischen Kinderhospitals auf der Wiborger Seite, Prof. Dr. Ssokolow, hat dieser, wie der «Her.» berichtet, geantwortet, dass er hierzu kein moralisches Recht habe, weil er im September vorigen Jahres, als er der Angriffe gegen ihn müde, seinen Abschied einreichen wollte, vom gesamten Personal des Hospitals durch Bitten bewogen worden sei zu bleiben. Er habe damals sein Wort gegeben, seinen Posten nicht zu verlassen und wolle bis zu Ende aushalten. Zugleich bedauert Prof. Ssokolow, dass ihm die Anklagen gegen seine Person nicht zur Kenntnis gebracht worden seien....

— Von den jüngeren Aerzten des städtischen Kinderhospitals soll am 28. Februar dem St. Petersburger Stadthaupt N. A. Rjeszow ein Protest zugegangen sein, in welchem die Dienstentlassung des Chefarztes Prof. Ssokolow für übereilt und unbegründet erklärt wird. Im Interesse der Sache und der Gerechtigkeit fordern diese Aerzte die Einsetzung einer neuen Untersuchungskommission.

Vereins- und Kongressnachrichten.

— Die 6. internationale Konferenz der Vereine vom Roten Kreuz findet vom 4./17.—6./19. Juni d. J. in London statt. Gleichzeitig wird eine Ausstellung von Gegenständen und Apparaten, die auf die Tätigkeit des Roten Kreuzes Bezug haben, veranstaltet werden. Während dieser Konferenz wird auch die erstmalige Zuerkennung des von der Kaiserin Maria Feodorowna gestifteten Preises erfolgen. Die Kaiserin von Russland hat nämlich i. J. 1902 dem internationalen Komitee vom Roten Kreuz in Genf ein Kapital geschenkt, mit der Bestimmung, dass die Zinsen alle 5 Jahre zu einem Preis für den besten Apparat zur Aufsuchung und zum Transport von Kriegsverwundeten verwendet werden. Die erstmalige Zuerkennung dieses Preises, der 50,000 Frs. beträgt, wird nun durch eine im Juni d. J. in London zusammentretende internationale Jury bestimmt werden.

— Der internationale Kongress für Psychiatrie, Neurologie, Psychologie und Irrenpflege wird vom 2.—7. September n. St. zu Amsterdam tagen. Eine Woche später, nämlich am 14. September, hält die Gesellschaft deutscher Nervenärzte in Dresden ihre erste Jahresversammlung ab, auf welcher in erster Linie über die chirurgische Behandlung der Nervenkrankheiten verhandelt werden wird. Vorträge sind bereits von Prof. A. Pick (Prag), Schüller (Wien), Nonne (Hamburg) u. a. übernommen.

Verschiedene Mitteilungen.

— In der Livländischen Irrenanstalt Stackeln hat am 19. Februar die Aufnahme von Patienten begonnen. Die Nachfrage nach Freiplätzen ist sehr gross, da ca. 130 Personen bereits angemeldet worden sind.

— Für die von der Regierung erbaute Moskauer Bezirks-Irrenanstalt, welche im Podolsker Kreise sich befindet, ist ein Etat von 295,000 Rbl. ausgesetzt. Dieser von dem Ministerrat bestätigte Etat tritt mit dem 1. April in Kraft.

— Die Gesellschaft zur Bekämpfung der Lepra in Livland veröffentlicht in der «Nordliv. Ztg» ihren Jahresbericht pro 1906, dem wir entnehmen, dass nach dem Kassenbericht die Jahresabrechnung mit 26,641 R. 35 K. balanciert. Dank der sparsamen Wirtschaft ist es gelungen, einen günstigen Kassenabschluss für das Jahr 1906 zu erzielen. Unter den Einnahmen machen die Verpflegungsgelder, welche die livländische Landeskasse im Betrage von 10 Rbl. monatlich für jeden Leprakranken einer Livländischen Bauergemeinde und ebenso die städtischen Steuergemeinden für ihre Leprösen der Gesellschaft zahlen, zusammen 20,629 R. 93 Kop., den Hauptposten aus: dazu kommen noch an Jahresbeiträgen 707 Rbl. und an einmaligen Zuwendungen 1277 R. Der Vermögensbestand der Gesellschaft betrug zum 1. Januar 1907: 6859 R. 58 Kop.
Die Jahresverpflegung eines Kranken kostete durchschnittlich 133 R. 22½ Kop. Die Zahl der verpflegten Kranken betrug 186, und zwar im Leprosorium Muhli (bei Dorpat) 19, in Wenden 60 und in Tarwast 107 Leпröse. Es befanden sich also zum 1. Januar 1907 im ganzen 186 Lepröse in der Obhut der Gesellschaft, d. h. 7 Kranke mehr als zum 1. Januar des Vorjahres.

Bf.

✦ Nächste Sitzung des Vereins St. Petersb. Aerzte: Dienstag, d. 6. März 1907.

Tagesordnung:
1. Küttner: Zum vaginalen Kaiserschnitt.
2. Ungern-Sternberg und O. Moritz: Ueber lymphatische Leukämie.
3. Fuhrmann: Demonstration eines Präparats von Megalokolon congenitum.

✦ Nächste Sitzung des Deutschen ärztlichen Vereins: Montag, d. 12. März 1907.

Tagesordnung:
E. Masing: Ueber Auskultation der Flüsterstimme.

Adressen von Krankenpflegerinnen:

Frl. **Pauline Winkel**, Конногвардейскій переулокъ 4, кв. 2.

Zum Zweck der jährlich stattfindenden Kontrolle der Adressen der in der Liste der «St. Petersburger Medizinischen Wochenschrift» verzeichneten Krankenpflegerinnen ersuchen wir Diese hiermit der Redaktion Ihre jetzigen Adressen mitzuteilen.

Die Redaktion
der „St. Petersburger Med. Wochenschrift"

Herausgeber Dr. Rudolf Wanach. Buchdruckerei v. A. Wienecke Katharinenhofer Pr. № 15.



XXXII. JAHRGANG. ST. PETERSBURGER Neue Folge XXIV. Jahrg.

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Redaktion von

Prof. Dr. Karl Dehio. Dorpat.

Dr. Johannes Krannhals. Riga.

Dr. Rudolf Wanach. St. Petersburg.

Die „St. Petersburger Medizinische Wochenschrift" erscheint jeden Sonnabend.—Der Abonnementspreis ist in Russland 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr inkl. Postzustellung; in den anderen Ländern 20 Mark jährlich, 10 Mark halbjährlich. Der Insertionspreis für die 3mal gespaltene Zeile in Petitist 20 Kop. oder 45 Pfen.—Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt. —Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.

Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate bittet man ausschliesslich an die Buchhandlung von K. L. Ricker in St. Petersburg, Newsky-Prospekt № 14, zu richten. — Manuskripte sowie alle auf die Redaktion bezüglichen Mitteilungen bittet man an den geschäftsführenden Redakteur Dr. R. Wanach in St. Petersburg, Petersb. Seite, Alexandrowski Pr. 6 zu richten. Sprechst. Dienstag, Donnerstag und Sonnabend 5—6.

№ 10 St. Petersburg, den 10. (23.) März. 1907.

Milchfälschung und Milchkontrolle.

(Vortrag, gehalten am 7. Dezember 1906 im Verein praktischer Aerzte zu Libau).

Von

Dr. C. Braun.

Die Milchfälschung hat heutzutage so grosse Dimensionen angenommen, dass es sogar in kleineren Städten schwer fällt, von den Grossstädten ganz abgesehen — wirklich reine d. h. unverfälschte Milch zu erhalten. Die Gründe dafür sind zu suchen, erstens darin, dass der grösste Teil des konsumierenden Publikums in den Städten die Milch fast ausschliesslich durch Zwischenhändler erhält, und 2., dass es schwierig ist, in jedem Falle eine Verfälschung der Milch durch Wasserzusatz sicher zu erkennen. Um den betrügerischen Manipulationen entgegenzutreten, ist fast überall in den Städten eine Kontrolle des Milchhandels eingeführt.

Die Wichtigkeit der Milchkontrolle ist allgemein anerkannt, nur gehen die Ansichten darin auseinander, inwieweit diese Kontrolle ausgeführt werden soll, damit ihr Zweck möglichst erreicht wird. Durch vereinzelte Untersuchungen, auch wenn es möglich wäre, kleinste mit der Milch vorgenommene Veränderungen zu konstatieren, lässt sich gewiss nicht der ausgedehnten Milchverfälschung vorbeugen, denn die Versuchung sich auf Kosten des kaufenden Publikums zu bereichern ist bei solchen Händlern gewiss grösser, als die Furcht, hin und wieder einmal abgefasst und zur gesetzlichen Verantwortung gezogen zu werden. Es müssen sich daher, soll eine wirklich wirksame Kontrolle ausgeübt werden die Milchuntersuchungen auf möglichst viele Proben erstrecken und dann müssen sie täglich vorgenommen werden. Das lässt sich aber wieder nur durchführen, wenn die Prüfung ohne komplizierte Apparate und schnell ausführbar ist, und eine Verfälschung mit Sicherheit zu erkennen ist, und genügend Personal dazu vorhanden ist. In Deutschland hat man fast überall in den Städten besondere Marktinspektore mit der Vorprüfung der Milch beauftragt, diese Organe der Marktpolizei haben also kein endgültiges Urteil über die Güte der Milch abzugeben, sie sollen vielmehr nur die verdächtige Milch, d. h. Proben derselben an die Untersuchungsstationen abliefern und in diesen wird dann von Fachleuten die genaue chem. Analyse vorgenommen. In unseren Städten gehört die Kontrolle der Lebensmittelmärkte, somit auch die des Milchhandels zu den Obliegenheiten des städtischen Sanitätsarztes, der verpflichtet ist, z. B. in Libau die Märkte 2 × wöchentlich in den Sommermonaten, und 1 × wöchentlich in den Wintermonaten zu besuchen; da nun in Libau 3 Märkte existieren, davon 2 Milchmärkte — der 3. ist speziell Fleischmarkt — und nur ein Sanitätsarzt, so ist eine tägliche Kontrolle eo ipso ausgeschlossen, — die libauschen Marktaufseher haben nach ihren Instruktionen mit der Milchkontrolle nichts zu schaffen. Ein weiterer, eine wirksame Kontrolle des Milchhandels in Libau erschwerender Umstand ist der, dass die örtlichen Marktverordnungen den Händlern nicht vorschreiben, die Milchgefässe mit Aufschrift „Vollmilch", „abgerahmte Milch" etc. zu versehen.

Ich habe bereits im ersten Jahre meiner Tätigkeit als Sanitätsarzt im Jahresberichte das Stadtamt auf diesen die Milchkontrolle erschwerenden Faktor hingewiesen und die Aufnahme obigen Ergänzungspunktes in der Marktordnung vorgeschlagen, leider aber bis jetzt ohne Erfolg. Als die geeignetsten Apparate für die marktpolizeiliche Vorprüfung der Milch haben sich feine Laktodensimeter — zwecks Feststellung des spezif. Gewichts — erwiesen. Zahlreiche Versuche haben nämlich ergeben, dass das spezif. Gewicht einer ganzen, nicht abgerahmten Milch, wenn sie das Gemisch der Milch verschiedener Kühe ist (also Sammelmilch, bei der die individuellen Milchverschiedenheiten der einzelnen Tiere ausgeglichen sind, wie das bei Marktmilch gewöhnlich der Fall ist) nur innerhalb enger Grenzen variiere, näml. zw. 1.029—1.033—34, das spezifische Gewicht der abgerahmten Milch fällt zwisch. 1.033—1.038. Ich benutze den Laktodensimeter

von Queveune, ein Aräometer, dessen Scala in Grade von 20—40° eingeteilt ist, die Grade geben zugleich das spezif. Gewicht an. War während der Untersuchung resp. Probeentnahme der Milch ihre Temperatur 15°, so bedarf es keiner Korrektur, in jedem andern Falle ist das abgelesene spezif. Gewicht zu korrigieren, und zwar für jeden Temperaturgrad über 15° C. werden 0,2 Grade der Milchwage addiert, für jeden Grad unter 15°—0,2 subtrahiert, da das spezif. Gewicht der Milch bei niederer Temperatur zu hohe, bei hoher Temperatur zu niedere Werte ergiebt.

Findet man so bei ganzer Milch Gewichte unter 29° oder über 34°, so ist die Milch als verdächtig zu bezeichnen und wird einer näheren chem. Untersuchung auf ihren Fettgehalt etc. im Laboratorium unterzogen. Ausser der Temperatur muss bei der Bestimmung des spezif. Gewichts noch darauf gesehen werden, dass die Milch schaumfrei ist, und dass sie vor der Probeentnahme im Gefäss umgerührt und mehrmals umgeschüttelt resp. umgegossen wird, da sich ja die Milch bei ruhigem Stehen unter Abscheidung des Rahms entmischt. Sobald der Milch ein irgend bedeutender Wasserzusatz gemacht worden ist, wird das spezif. Gewicht derselben unter die normale Grenze herabsinken und zwar, bei gleichem Wasserzusatz natürlich umsomehr, je niedriger das spezif. Gewicht der reinen Milch war; bei einer Milch mit hohem spezif. Gewicht kann freilich ein geringerer Wasserzusatz auch unbemerkt bleiben. Der umgekehrte Fall, ein Steigen des spezif. Gewichts tritt dagegen ein, wenn man der Milch durch Abrahmen ihren leichtesten Bestandteil, das Fett, zum Teil entzieht. Ist es also unter gewissen Voraussetzungen möglich, durch die Ermittelung des spez. Gewichts den Nachweis zu führen, dass eine Milch entrahmt worden ist, so lässt sich eine Entrahmung und vorsichtige Verwässerung der Milch mit Hilfe des Laktodensimeters ebensowenig, wie bei Anwendung irgend einer Milchwage nachweisen. Um in diesen Fällen den Nachweis der Fälschung liefern zu können, bedarf das Laktodensimeter der Unterstützung solcher Instrumente, welche den Fettgehalt der Milch anzeigen. Ehe ich zu der Besprechung der speziellen Methoden der Milchfälschung übergehe, möchte ich noch kurz die Einflüsse erwähnen, durch die Veränderungen der Zusammensetzung der Milch zustande kommen. Die Milch, wie sie durch vollständiges Ausmelken der Euter einer Kuh erhalten wird, heisst Vollmilch, ganze Milch; gewöhnlich kommt aber, wie bereits erwähnt, die volle Milch mehrerer Kühe gemischt auf den Markt, als Sammelmilch. Im Allgemeinen muss hervorgehoben werden, dass die von einem Tiere gelieferte Milchmenge und ihr Gehalt an Trockensubstanz und Fett vielfach in entgegengesetztem Verhältnisse stehn, es ist im Allgemeinen der Milchertrag und die Qualität derselben abhängig von der Rasse der Kühe, indem die Niederungsrassen einen meist höheren Milchertrag liefern, als die Gebirgsrassen, letztere dagegen eine an Trockensubstanz und namentl. Fett reichere Mich erzeugen. Weiter ist ein Einfluss die Fütterung; bei Aufnahme sehr wässerigen Futters (Schlenze, Rübenschnitzel) wird die Milch zwar sehr reichlich, aber gleichsam im Tier gewässert, gleichzeitig ärmer an Fett und sonstiger Trockensubstanz. Weiter ist die Art des Melkens von grosser Bedeutung für die Beschaffenheit der Milch. Im Euter der Tiere findet angeblich ein Aufrahmen der Milch, wie in einem Gefässe statt. Die Differenz zwischen der erst und der zuletzt gemolkenen Portion kann nach Schmidt-Mühlheim ungefähr das 7-fache betragen. Daraus ergiebt sich, dass nur eine gute Durchschnittsmilch gewonnen werden kann, wenn das Euter ganz ausgemolken und die erhaltene Milch gut gemischt wird. Die Melkzeit hat keinen deutlichen Einfluss auf die Milchbeschaffenheit, wenn man in genau gleichen Intervallen von 12 Stunden melkt, d. h. Abendmilch und Morgenmilch. Melkt man 3 mal z. B. Morgens, Mittags und Abends, so ist die Milchmenge nach den kleineren Intervallen, also Mittags und Abends kleiner, aber ihr Prozentgehalt an Fett und Trockensubstanz ein wenig grösser. Eine Kuh liefert nämlich zu genau gleichen Zeiten an aufeinanderfolgenden Tagen gemolken, selbst wenn Futteränderungen vorgenommen werden, eine fast gleich zusammengesetzte Milch; auf dieser Tatsache beruht das Verfahren der Stallprobe. Auch ein Erkranken der Kühe ist von bedeutendem Einfluss auf die Milch, Magendarmstörungen wirken wie schlechte Nahrung. Noch wenig gekannt ist der Einfluss des Alters der Tiere auf die Milch, alte Kühe geben oft auffallend schlechte Milch. Ganz unregelmässig ist auch der Einfluss der Brunst, an vielen Tieren geht dieselbe fast ohne Einfluss auf die Milch vorüber. Durch alle die eben geschilderten Verhältnisse wird die Milchkontrolle sehr erschwert, sie setzt, wenn man einigermassen sicher gehen will, viel Erfahrung und Vorsicht voraus. — Was nun die Beurteilung der Milch anbetrifft, so sind die wichtigsten Fragen, die wir dabei zu beantworten haben, folgende: 1. Besitzt die vorliegende Milch den Gehalt an Nährstoffen, wie wir ihn erwarten müssen, und wenn nicht, warum nicht? a) weil das Vieh in einem für Milchproduktion ungeeigneten Zustande ist? b) weil betrügerische Manipulationen mit derselben angenommen werden? 2. Ist die Milch frisch, mit alle Eigenschaften eines Genussmittels versehen, d. h. wohlschmeckend, von normalem Aussehen u. s. f. oder unappetitlich, unreinlich, in Zersetzung begriffen resp. schon zersetzt? 3. Ist die Milch frei von schädlichen Substanzen, chem. Giften, von sonstigen Zusätzen (Wasser, Konservierungsmittel, Stärke etc.) und von Infektionserregern? Sowie einer dieser Punkte für den Verkäufer ungünstig beantwortet ist, hat der Hygieniker die Milch zu beanstanden, gleichgültig, ob Erkrankung oder schlechte Fütterung oder absichtliche Verfälschung stattgefunden hat. — Was nun die Beurteilung der Milch inbezug auf ihren Nährwert anbelangt, so ist Milch als minderwertig zu bezeichnen, sobald die Milch in ihrem Gehalt an Fett und Trockensubstanz unter dem Minimum bleibt, das durch lokale Verordnung für die betreffende Gegend gefordert wird. In den meisten Gegenden Deutschlands stellt $2^1/_2$—3% Fett eine leicht erfüllbare Forderung an Vollmilch dar. Bei der Beurteilung von gehaltarmer Milch kann die seit den 50. Jahren empfohlene Stallprobe gute Dienste leisten; wo dieselbe zur Kontrolle nicht benutzt werden kann (wie z. B. bei der Beurteilung der von Milchhändlern der Grossstädte zusammengekauften Mischmilch unbekannter Abstammung) da muss an Stelle der Stallprobe die Forderung eines Mindestgehalts der Marktmilch treten; wenn dieser nicht erreicht wird, darf der Minderwert der Milch aber noch nicht durch Fälschung erklärt werden, da die Kühe selbst schon minderwertige Milch gegeben haben können, und da sich ohne Stallprobe nicht erheben lässt, ob das durch Fütterung, Krankheit, Brunst oder andere Ursachen bedingt war.

Für Würzburg z. B. gelten etwa folgende lokale Grenzwerte, die durch Stallproben und Analysen sicher unverfälschter Milch gewonnen sind. Der Fettgehalt bewegt sich etwa zw. 2,8—4,0%. 3,4—3,6% ist der Durchschnitt. Selbstverständlich ist vom hygienischen Standpunkte aus eine minderwertige Milch, bei der die Stallprobe die Abwesenheit betrügerischer Manipulationen ergeben hat, oder die den untersten Lokalgrenzwerten im Gehalt noch entspricht, wegen ungenügendem Nährwert zu beanstanden und man hat verlangt, dass öffentlich auf die Lieferanten solcher Milch aufmerksam gemacht werde. Hat die Stallprobe oder der Vergleich mit den Lokalgrenzwerten eine betrügerische Manipula-

tion ergeben, so wird verlangt, dass der Sachverständige ein Urteil darüber abgebe, was mit der Milch geschehen sei, ob nur Entrahmung, nur Wasserzusatz oder beides. Liegt eine Stallprobe vor, so lassen sich diese Fragen meist exakt beantworten, fehlt eine solche aus irgend welchem Grunde, so ist die Durchschnittszusammensetzung der Milch der Gegend zu Grunde zu legen. — Als verfälscht im Allgemeinen ist frische Milch zu bezeichnen, wenn die mittlere chem. Zusammensetzung, mit der sie nach ununterbrochenem und vollständigem Ausmelken aus dem Euter gewonnen worden war, durch äussere Eingriffe verändert wurde Die beliebtesten Fälschungen der Milch bestehen in mehr oder weniger vollständiger Entrahmung einerseits und Wasserzusatz andrerseits; häufig werden von den Fälschern diese Methoden aus folgenden Gründen gleichzeitig angewendet: entzieht man nämlich einer Milch einen grossen Teil ihres leichtesten Bestandteils, des Fetts, so wird sie dadurch spezif. schwerer und eine einfache Bestimmung des spezif. Gewichts entdeckt den Betrug. Setzt man dagegen eine Milch, die ja doch durch die gelösten Salze, Zucker und Eiweisskörper, trotz ihres Fettgehaltes noch immer schwerer ist als Wasser, Wasser zu, so wird ihr spezif. Gewicht unter das Normale sinken und so die Fälschung verraten. Es leuchtet nun ein, dass eine gleichzeitige Entrahmung und Wässerung, wenn dieselbe unter der Kontrolle des Aräometers ausgeführt wird, eine Milch von dem gleichen spezif. Gewichte liefern kann, wie es die ganze Milch hatte. Die gewiegten Milchfälscher setzen der reinen oder gewässerten Voll-Milch soviel abgerahmte Milch zu, dass gerade noch das polizeilich vorgeschriebene spezif. Gewicht herauskommt. Wir haben somit folgende 4 Methoden von Fälschungen zu unterscheiden: 1, die reine Milch wird vor ihrem Verkauf mit Wasser verdünnt. 2. Abgerahmte Milch wird schlechthin als „frische Milch“ in den Handel gebracht. 3. Durch Entrahmen wird der Milch ein mehr oder weniger grosser Teil ihres Fettes entnommen. Die so behandelte Milch (Magermilch) wird mit unentrahmter (ganzer) Milch vermischt und das Gemenge als „frische ganze Milch“ auf den Markt gebracht. 4. Milch wird erst dem Abrahmungsprozess unterworfen und nachträglich noch mit Wasser verdünnt. Diese Verdünnung wird vorgenommen, um das durch die Entrahmung erhöhte spezif. Gewicht wieder auf das normale Mass zurückzuführen. Wenn salpetersäurehaltiges Brunnenwasser zur Verdünnung der Milch benutzt wurde, so lässt sich eine solche Fälschung durch Nachweis der Salpetersäure konstatieren, denn in der Milch fehlt jede Spur davon. Ist die Verfälschung aber mit reinem Wasser vorgenommen, so ist sie auf diesem Wege nicht nachweisbar. Neben diesen Fälschungsmethoden treten alle andern weit zurück, sie gehen darauf hinaus, der durch besagte Manipulationen entwerteten oder sauer gewordenen Milch ihr ursprüngliches Aussehen oder ihren milden Geschmack wiederzugeben. So soll beobachtet worden sein, dass der abgerahmten und gewässerten Milch, um ihre Durchsichtigkeit und Dünnheit zu verringern, Zucker, Stärkekleister, Kreide, Gyps, Dextrine, Abkochungen von Kleie, Gerste, Reis oder auch Gummi zugeführt worden. Häufig jedoch scheinen derartige Manipulationen nicht vorgenommen worden zu sein, da dieselben vielen Beobachtern niemals entgegengetreten sind. Häufig kommt es vor, dass sauer gewordene Milch mit kohlensaurem Natron oder Kreide versetzt wird, um sie zu entsäuren, oder dass man versucht, durch Zusatz von schleimigen Substanzen ihre verlorene Konsistenz wiederzugeben. Auch hat sich bei den Milchverkäufern die Gewohnheit eingebürgert, Salizylsäure, Borsäure, Fluornatrium, Formalin etc. in erheblichen Mengen der Milch zuzusetzen, um das Sauerwerden zu verhüten. Zuweilen wird Soda oder kohlensaures Natron zu einer Milch gesetzt, deren Säuregehalt schon so gross ist, dass die Milch bald spontan oder doch beim Kochen zu gerinnen droht. Da die Fälscher meist soviel Soda zusetzen, dass eine kräftige alkalische Reaktion entsteht, so ist der Zusatz meist leicht zu erkennen: 10 ccm. der zu prüfenden Milch werden nach E. Schmidt mit 10 ccm. Alkohol und mit einigen Tropfen 1% Rosolsäurelösung gemischt. Reine Milch nimmt hierdurch nur eine bräunlichgelbe Farbe an, während durch kohlensaures oder doppeltkohlensaures Natron alkalische Milch mehr oder weniger rosarot gefärbt erscheint. Lazarus wies nach, dass zur Orientierung schon 1—2-stündiges Erhitzen auf 100° genügt. Milch mit alkalischen Zusätzen (Soda, Kalk, Borax) färbt sich dabei braun — braunrot, unverfälschte Milch höchstens minimal. — Im Laufe der Jahre 1904, 1905 und 1906 sind in meinem Auftrage c. 650 chem. Untersuchungen von Nahrungsmitteln, darunter c. 280 Proben verdächtiger Milch — in dem chem. Laboratorium von Provisor Siew, ausgeführt worden; über das Resultat dieser Untersuchungen wird Provisor Siew die Freundlichkeit haben, Näheres zu berichten.

(Aus dem bakteriologisch-chemischen Laboratorium).

Bericht über die sanitäts-hygienischen Untersuchungen der Nahrungs- und Genussmittel im Laufe der Jahre 1904—1906.

(Vorgetragen in der Gesellschaft prakt. Aerzte zu Libau).

Von

Provisor A. Siew in Libau.

Im Laufe der 3 letzten Jahre sind folgende Nahrungs- und Genussmittel untersucht worden:

Milch	264	Proben
Rahm	20	»
Saurer Schmand	115	»
Butter	104	»
Limonade und Quass	57	»
Selters	12	»
Backwerk	49	»
Wasser	132	»
Gefrorenes	3	»
Wurst	9	»
Konditorei-Farben	5	»
Honig	8	»
Konserven	1	»
Vanille	1	»
	786	Proben.

Milch.

Von den 264 Milchproben, die zur Untersuchung eingeliefert wurden, waren 4 gewässert, 10 ganz abgerahmt (mit unter 2% Fettgehalt), 57 halb abgerahmt (mit 2,0 bis 2,9% Fettgehalt) und 175 Vollmilch (3,0 bis 4,5% Fett); ausserdem waren noch 13 Proben mit abnorm hohem Fettgehalt (bis 6,9%), — darunter eine gewässerte und mit Rahm versetzte, — die als gefälschte betrachtet werden müssen, indem die Verkäufer, bevor die Markpolizei die Probe zur Untersuchung abnimmt, der Milch unbemerkt Rahm zusetzen. Ferner sind 2 Proben mit 11,3 und 9,8% Fettgehalt (Rahm?) und 3 Proben Buttermilch aus der Beurteilung ausgeschlossen.

Unter den 264 Proben waren 19 verdorben (sauer); die meisten verdorbenen (11) sind unter den halbabgerahmten Proben gefunden worden.

Die meisten Proben Vollmilch hatten einen Fettgehalt von 3,0 bis 3,4%, daher also wird es nicht zu hoch sein einen minimalen Fettgehalt für Vollmilch in Libau auf 3% zu stellen.

Bei der Beurteilung wurden folgende Daten in Betracht genommen:

1. Das spezifische Gewicht der Milch.
2. Das spezifische Gewicht des Milchserum.
3. Der Fettgehalt.
4. Der Trockenrückstand.
5. Der fettfreie Trockenrückstand.

Waren das spezif. Gewicht der Milch, der Trockenrückstand und der Fettgehalt vermindert, und der fettfreie Trockenrückstand unter 8%, so war die Milch gewässert; war das spezif. Gewicht erhöht, der Fettgehalt niedrig, der fettfreie Trockenrückstand normal, so lag Entrahmung vor; eine kombinierte Fälschung-Entrahmung und Wasserzusatz wurde durch das normale spezif. Gewicht, den niedrigen Fettgehalt und verminderten fettfreien Trockenrückstand entdeckt.

Das spezif. Gewicht wurde mit dem Aräometer von Soxhlet und mit der Mohr-Westphalschen Wage bestimmt; der Fettgehalt — nach Dr. Gerber und 2 Mal gewichtsanalytisch nach Soxhlet.

Von Konservierungsmitteln ist 1 Mal Soda gefunden worden.

1 Probe Milch erwies sich als gekochte.

Eine nicht unbedeutende Rolle spielt der Schmutzgehalt. Die Milch ist ja der beste Nährboden für die verschiedensten Mikroorganismen, ein hoher Schmutzgehalt aber zeigt, dass die Kühe nicht sauber gehalten werden und auch beim Melken nicht für die nötige Sauberkeit gesorgt wird; daher können in die Milch auch pathogene Mikroorganismen gelangen und sich dort weiter entwickeln. Leider konnte bei den Untersuchungen der Schmutzgehalt quantitativ des ungenügenden Milchquantums wegen nicht bestimmt werden, jedoch dürfte er bei der Marktmilch nicht gering sein, da die eingelieferten Proben (ca. 1 Glas Milch) schon nach kurzem Stehen einen beträchtlichen Bodensatz zeigten. Die Milch der Molkereien ist bedeutend reiner.

Wenn wir zur Beurteilung im Allgemeinen übergehen, so müssen wir im Auge haben, dass zur Untersuchung nur die von der Marktpolizei in Verdacht genommenen Proben geschickt werden, daher wird der Prozent der gefundenen Fälschungen (33%) nicht den richtigen Zustand unserer Marktprodukte ausdrücken; in der Tat wird der Zustand viel besser sein. Trotzdem können wir als gute Milch nur diejenige der grösseren Molkereien betrachten, wo Vorrichtungen zum Ausschleudern des Schmutzes vorhanden sind, wo der Konsument sicherer ist eine saubere und unverfälschte Milch bekommen zu können; die Marktmilch aber muss ständig unter der schärfsten Kontrolle stehen.

Rahm.

Von 20 untersuchten Proben waren 6 verdorben (sauer) und 1 mit Soda versetzt.

Saurer Schmand.

Von 115 untersuchten Proben waren 22 gefälscht (mit Quark gemischt) und 2 verdorben (bitter).

Butter.

Von 104 untersuchten Proben waren 44 ranzig.

Fälschung der Butter kommt in Libau nicht vor. Bei der Bestimmung der Ranzidität hat sich die Säurezahl sehr wenig bewährt, indem zuweilen bei ranzig schmeckender Butter eine sehr niedrige, wie auch bei normal schmeckender eine ziemlich hohe Säurezahl gefunden wurde. Daher wurde bei der Beurteilung ranziger Butter einzig und allein auf den Geschmack geachtet.

Wurst.

Von 9 Proben waren 4 mit Mehl gefälscht und 1 verdorben (schimmlig).

Konditorei-Farbstoffe.

Von 5 untersuchten Proben war 1 Teerfarbstoff.

Limonade und Quass.

Von den 57 untersuchten Proben waren 11 mit Saccharin versetzt, 5 mit Theerfarbstoffen gefärbt und 3 durch hohen Schmutz- und Bakteriengehalt ungeniessbar. Die meisten Proben mit Saccharin fallen auf das erste Jahr der Sanitäts-Kontrolle (1904); in der letzten Zeit findet sich Saccharin nur in denjenigen Quassen vor, welche auf den Märkten und Jahrmärkten glasweise verkauft werden; diese dürften überhaupt nicht zum Verkauf zugelassen werden, denn im besten Fall ist das schmutziges rötlich gefärbtes Zuckerwasser, häufig aber eine Saccharinlösung mit Azo-Pigmenten gefärbt.

Selters.

Von 12 untersuchten Proben waren 2 untauglich (ohne freie Kohlensäure) und 1 kupferhaltig.

Das Selters in Libau lässt sehr vieles zu wünschen übrig: 1) es ist eigentlich überhaupt kein Selters, sondern eine mit Kohlensäure imprägnierte Lösung von Kochsalz und Soda in gewöhnlichem Brunnenwasser, zuweilen sogar Kochsalz allein. Gesetzlich aber muss das Selters nach den Vorschriften von Struve oder von Hager bereitet werden, nach welchen im Selters eine ganze Reihe von Salzen enthalten sein müssen. 2) Die Reinheit des Wassers ist auch nicht hoch; es enthält häufig einen beträchtlichen Bodensatz, der beim Umkippen der Flasche besonders merkbar ist, zuweilen findet man auch Fliegen, sowohl ganze wie auch abgesonderte Körperteile (Kopf). Die Leitung der Mineralwasseranstalten liegt in den Händen der einfachen Arbeiter, obwohl das Gesetz einen verantwortlichen Provisor oder Chemiker verlangt; dort wo ein solcher nominell vorhanden ist, hat er nur seinen Namen zur Verwaltung gegeben, von einer wirklichen wissenschaftlichen Kontrolle aber kann hier nicht die Rede sein.

Backwerk.

Von 49 untersuchten Proben waren 14 mit Saccharin (meist Zuckerkringel) bereitet und 6 mit Teerfarbstoffen gefärbt.

Gefrorenes.

Von 3 untersuchten Proben war 1 mit Teerfarbstoff gefärbt.

Trinkwasser.

Von 132 untersuchten Proben waren 38 unbrauchbare.

104 Proben wurden nur chemisch untersucht;
15 Proben wurden nur bakteriolog. quantitat. untersucht,
11 Proben wurden chemisch u. bakteriol. quantit. untersucht,
2 Proben wurden nur chemisch u. bakteriol. qualit. (auf Typhusbakter.) untersucht.



Die Hälfte der unbrauchbaren Wasserproben (18) stammen aus flachen gegrabenen Brunnen (Schachtbrunnen) in denen das Wasser absolut unbrauchbar, ja zuweilen direkt schädlich ist, weil dieselben immer durch Oberwasser, häufig aber durch Abwässer verunreinigt sind; es gelang sogar 1 Mal die Kommunikation mit den Aborten nachzuweisen, wo das Wasser bei der qualitativen bakteriologischen Untersuchung Kolibakterien aufwies; die chemische Untersuchung ergab enorme Mengen Chlor, Schwefelsäure, Magnesia, Ammoniak, Salpetersäure und salpetrige Säure — Alles Stoffwechselprodukte des menschlichen Organismus. In 2 Wasserproben waren in grosser Menge Infusorien und Rotatorien enthalten, so dass man dieselben sogar mit blossem Auge sehen konnte.

Die anderen 20 Proben enthielten meist durch hohen Eisengehalt unangenehm metallisch schmeckendes, trübes Wasser; 2 Proben wurden des hohen Gypsgehalts wegen beanstandet.

Wenn wir zur Beurteilung des Wassers in Libau im Allgemeinen übergehen, so werden wir keine sehr günstigen Resultate bekommen.

Das Grundwasser in Libau liegt in 3 Schichten: die erste Schichte, ca. 40—60 Fuss tief, ist leicht der Verunreinigung durch Oberwasser zugänglich; die zweite, ca. 80—120 Fuss tief, fliesst meist im Kriegshafen, in der Stadt aber nur in wenigen Stadtteilen; die dritte Schicht, ca. 180—220 Fuss tief, entspricht den meisten gebohrten Brunnen der Stadt. Tiefer zu bohren ist in der Stadt nicht versucht worden, wohl aber 2 Mal im Kriegshafen — bis über 300 Fuss — wobei das Wasser des hohen Gypsgehalts wegen verworfen wurde (728 und 604 mg. SO_3 im Liter). Daher also kommt nur das Wasser bei 180 bis 220 Fuss in Betracht.

Dieses Wasser ist stets etwas eisenhaltig, ziemlich hart (12—16 deutsche Härtegrade), enthält zuweilen etwas höhere Mengen Chlor und Schwefelsäure. Ist der Chlorgehalt bedeutend erhöht, so ist die Prognose des Brunnens gewöhnlich nicht günstig, denn das Kochsalz greift die Röhren ziemlich schnell an; wodurch der Eisengehalt so weit steigt, dass das Wasser einen unangenehmen metallischen Geschmack bekommt und nach kurzem Stehen durch Ausscheidung des Eisenoxydhydrats eine braune Trübung erhält, die sich nur langsam, nach mehrtägigem Stehen absetzt.

Da das Trinkwasser eins der notwendigsten Nahrungsmittel ist, so muss Libau für eine städtische Wasserleitung sorgen; eine städtische Wasserleitung kann ständig unter der chemischen und bakteriologischen Kontrolle stehen während die städtischen Bohrbrunnen nur 1 Mal, wenn sie neu gebohrt sind, untersucht werden, eine weitere Kontrolle der bestehenden Brunnen ist ja auch nicht möglich; nur wenn Klagen über das Wasser des einen oder des anderen Brunnens einlaufen, wird dann das Wasser des betreffenden Brunnens wieder untersucht.

Noch schlimmer steht es mit den Brunnen in den Privathäusern. Die meisten Häuser selbst im Zentrum der Stadt haben gegrabene Brunnen mit unbrauchbarem Wasser, trotzdem bleiben die Brunnen so lange bestehen, bis eine Infektionskrankheit in dem betreffenden Hof ausbricht, welche der Sanitätskommission Veranlassung giebt das Brunnenwasser untersuchen zu lassen; erst dann, nach eingetretenem Uebel, wird der Brunnen geschlossen.

Bücheranzeigen und Besprechungen.

Rodari: Grundriss der medikamentösen Therapie der Magen- und Darmkrankheiten, einschliesslich Grundzüge der Diagnostik. 2. Ausgabe, vermehrt durch die spezielle Diätetik der Magen- und Darmkrankheiten. Wiesbaden. Bergmann 1906.

Auf 266 Seiten wird der im Titel bezeichnete Stoff eingehend behandelt. Es findet sich viel Wissenswertes und Interessantes in den Ausführungen des Verf. Nur scheint mir die Uebersichtlichkeit durch die Teilung des Stoffes in allgemeine und spezielle Kapitel und durch die Trennung der medikamentösen von der diätetischen Behandlung gelitten zu haben. Auch die hie und da recht ausführlichen pharmakologischen Erörterungen erschweren die rasche Orientierung und damit die praktische Brauchbarkeit. Eine mässige Zahl von Rezepten ist dem Text beigegeben. Auf die Literatur wird stellenweise sehr ausführlich eingegangen, offenbar je nach der spez. Stellungnahme des Verf.

Das Buch hat, wie der Verf. der Spezialist für Verdauungskrankheiten in Zürich ist, in der Vorrede anführt, eine sehr warme Aufnahme seiner ersten Auflage gefunden. Man kann der 2. Auflage nur denselben Erfolg wünschen, da der Verf. jedenfalls über Sachkenntnis und Fleiss verfügt. Der Praktiker wird sich aber doch wohl kaum von seinem altbewährten «Boas» zu Gunsten des «Rodari» trennen wollen.

M.

Auszug aus den Protokollen der Gesellschaft praktischer Aerzte zu Libau.

Sitzung vom 4. Mai 1906.

1. **Braun** stellt einen 46-jährigen Mann vor, der vor zwei Jahren am linken unteren Augenlid ein Knötchen bemerkt hatte. Dasselbe blieb zunächst lange Zeit unverändert, dann bildete sich auf ihm eine Borke und darunter ein Geschwür. In der letzten Zeit begann sich dasselbe schneller auszubreiten. Patient beizte es mit dem Höllensteinstift. — Augenblicklich befindet sich auf dem Lidrande, aussen unten vom Tränenpunkt, ein erbsengrosses, kreisrundes Geschwür mit leicht aufgeworfenen, aber nicht harten Rändern. Der Geschwürsgrund ist zerklüftet, blutet leicht und greift bereits auf die Konjunktiva über. Es handelt sich augenscheinlich um ein beginnendes Karzinom. Dem Patienten wird eine Operation vorgeschlagen werden. (Autoreferat). [Nach 8 Monaten stellte sich der Patient wieder vor; das untere Lid ist jetzt vom Tumor grösstenteils zerstört; auch jetzt geht Patient auf keine Operation ein und bleibt fort].

2. **Schmähmann** stellt einen Fall von Atresia ani vaginalis vor.

3. **v. Grot** demonstriert ein Kind mit kongenitalem Sarkom.

4. **Mau** demonstriert einen 14-jährigen Knaben, an dem ca. 2 Wochen vor seiner Erkrankung ein Coitus ad anum ausgeführt sein soll. Patient, der schon seit 6 Wochen laboriert, klagt über Schmerzen in der Analgegend, die sich hauptsächlich bei der Defäkation ganz besonders steigern sollen, so dass er schliesslich den Stuhl mehrere Tage einhalten muss; das Gehen verursacht dem Patienten die allergrössten Qualen.

Der Status ist folgender: rings um den Anus ist die Haut in grösserem Umfange gerötet und ödematös, mehrere ungleichmässige Falten gehen radiär vom After zu den Glutäen und zum Damm; am linken oberen sowie auch am rechten unteren Teile der Analöffnung sind oberflächliche Ulzerationen, die sogar in den Anus hinein sich verfolgen lassen; die Berührung ist sehr schmerzhaft; vergrösserte, indolente Inguinaldrüsen sind beiderseits vorhanden.

Man glaubt diesem Krankheitsbilde zufolge die Diagnose auf Ulcus durum ad anum stellen zu müssen und bestätigte der weitere Verlauf des Falles die Diagnose, als 2 Wochen später Allgemeinsymptome auftraten.

(Autoreferat.)

5. **Christiani** berichtet über eine vor 2 Tagen von ihm operierte rupturierte Extrauteringravidität.

Die Ruptur war vor 2 Tagen erfolgt; trotz Zeichen höchster Anaemie und stetiger Verschlimmerung des Zustandes war Patientin von anderer Seite expektativ behandelt worden. Bei der Operation war das ganze Abdomen mit altem und frischem Blut angefüllt; die Ruptur sass an der hinteren Seite der rechten Tube und stellte eine noch grosse Oeff-

nung dar, durch welche der Foetus in die Bauchhöhle geschlüpft war.

Ref. wendet sich gegen das von einzelnen Seiten immer wieder vertretene konservative Vorgehen als Gegensatz zum operativen. Die Zeiten, wo der Furor operativus unter einem Teil des Gynaekologen grassierte liegen Gott sei Dank schon Jahre zurück. Heute ist wohl für die meisten Fragen der Gynaekologie mehr oder weniger eine ziemlich prägnante Indikationsstellung geschaffen worden, welche natürlich je nach der individuellen Veranlagung des betreffenden Gynaekologen bald mehr zu Gunsten einer konservativen, bald eines operativen Vorgehens schwanken wird. Dieses Schwanken kann aber nur in einem begrenzten Rahmen, wo sich eben die Indikationen für konservative und operative Therapie berühren, und wo die Chanzen, des einen und anderen Vorgehens so ziemlich gleich stehen, stattfinden. Wenn aber bei der Ruptur einer Extrauteringravidität konservativ 80% zu Grunde gehen, während operativ von denselben noch weit über die Hälfte gerettet werden kann, so liegt hier für uns kein Verfahren der Wahl vor, sondern die Operation ist direkt indiziert.

(Autoreferat).

Präses: Prismann.
Sekretär: Ischreyt.

Protokoll
der Sitzung des Illuxt'schen Aerztevereins

am 7. Juli 1906.

1. Dr. Vierhuff trägt über die Punktion bei Hydrocephalus chronicus vor. Dem Rate Königs folgend, in Anbetracht der erbärmlichen Prognose der Krankheit vor den ungünstigen Ergebnissen operativer Eingriffe beim Hydrocephalus nicht zurückzuschrecken, hat Vortragender in einem Fall 2 mal punktiert: Milda R. 10½ Monate alt, soll in der 17. Woche p. p. eine fieberhafte Krankheit mit Erbrechen, Krämpfen und Harnverhaltung gehabt haben, seitdem bemerkten die Eltern eine unverhältnismässige Grössenzunahme des Kopfes. Der Status beim Eintritt ins Evangelische Krankenhaus in Dwinsk am 15. Mai a. c. war folgender. Elendes, mageres Kind, 15 Pf. schwer, Gewicht des Kopfes 5 Pf., im Wasser 3 Pf., Körperlänge 62 ctm., am Thorax beiderseits rosenkranzartige Knochenauftreibungen geringen Grades. Der Kopf ist gross, unregelmässig geformt, die Fontanellen und alle Nähte sind offen, grösster Kopfumfang 48 ctm.; Pupillen mittelweit, reagieren, das Kind scheint aber nicht zu sehn, hört gut, nimmt gut die Brust. Stuhl 1—2 mal täglich. Beine gestreckt, steif. Das Kind liegt meist ruhig da mit weit geöffneten Augen, schreit dazwischen. 16. Mai Punktion des Kopfes mit Probetrocar rechts 2 fingerbreit von der Mitte der grossen Fontanelle; es werden 75 ccm. Flüssigkeit abgelassen. Komprimierender Verband. Vorübergehende Déviation conjugée nach rechts, gutes Befinden. 17. Mai: Die Starre der Beine hat etwas nachgelassen. 19. Mai: mit leicht komprimierendem Verbande entlassen. 30. Mai: Kopfumfang derselbe, nur geringere Spannung. 2. Punktion — 100 ccm. 10 Min. nachher Erbrechen, dann wieder dauernd gutes Befinden. Am 5. Juli hat Vortragender die Pat. wieder gesehn, der Zustand ist immer derselbe. Analyse der Punktionsflüssigkeit (Mag. pharm. Jutt): Spez. Gew.: 1,006; Farbe wasserhell, opalisierend, Reaktion schwach alkalisch, Eiweiss 0,018%, einzelne Leukozyten. — Wieviel soll man abfliessen lassen? Die meisten Autoren scheinen ca. 300 ccm. abzulassen. Ausser der Punktion sind noch andere chirurgische Eingriffe beim Hydrocephalus vorgenommen worden. Beely riet permanente Drainage (auf 6 Operationen — 5 Todesfälle nach Andry). Bessere Erfolge erwartet man von der Quincke'schen Lumbalpunktion.

(Autoreferat.)

2. Dr. Noiszewski trägt über wirkliche Halluzinationen und Pseudohalluzinationen des Gesichts vor. Ein Unterschied zwischen beiden ist zuerst von Kandinski gemacht worden. Die Pseudohalluzinationen unterscheiden sich nach ihm von den wirklichen darin, dass sie zwar nach aussen hin projektieren, dass ihnen aber der Charakter einer objektiven Realität abgeht. Vortragender weist darauf hin, dass ein prinzipieller Unterschied darin besteht, dass eine Pseudohalluzination den Patienten verfolgt und jede Bewegung der Augen und des Kopfes begleitet, dagegen eine wirkliche Halluzination nur an einer bestimmten Stelle des Raumes gesehn wird, also in fester Beziehung zu einer bestimmten Fixation steht. Die Pseudohalluzinationen verhalten sich wie die Nachbilder, die Halluzinationen wie wirkliche Gegenstände. V. hat schon mehrmals auf den fundamentalen Unterschied zwischen der Vorstellung eines wirklichen Gegenstandes und der eines Nachbildes hingewiesen: jede Gesichtsvorstellung ist die Synthese eines Eindruckes des Gegenstandes und eines motorischen Aktes. Dieses Gesetz gewährt die Möglichkeit mit grösster Sicherheit bestimmen zu können, ob wir es im einzelnen Fall mit einer wirklichen oder mit einer Pseudohalluzination zu tun haben. Halluzinatorische Trugbilder werden, wenn sie sich vom Patienten entfernen, kleiner, pseudohalluzinatorische dagegen grösser. Als typisches Beispiel einer Pseudohalluzination kann der Fall angeführt werden, den Kraft-Ebing in seinem Handbuch der Psychiatrie anführt, in welchem ein 15-jähriger Knabe die Madonna zuerst auf einer Wolke sitzend sah, ein anderes mal in der Nähe, seine Hand im Fluge umkreisend, wobei sie aber in Miniaturgestalt erschienen war.

3. Dr. Czernay berichtet über einen typischen Fall der gemischten Form der Konjunktivitis vernalis bei einem 10-jährigen Knaben, der nach Angabe des Vaters zum ersten Mal in Behandlung gelangte. Der Fall wird erwähnt wegen der relativen Seltenheit der Krankheit in Russland.

4. Dr. Rippe demonstriert das Präparat eines Diverticulum Meckelli, welches er bei einer Obduktion gefunden hatte. Der Darmansatz stellt einen fingerdicken, circa 5 ctm. langen freiliegenden Sack dar mit allen Schichten einer normalen Darmwand. Er befand sich in einer Entfernung von 150 ctm. vom Coecum an der dem Mesenterium gegenüberliegenden Darmwand.

5. Dr. Holowko berichtet über einen Fall von Parametritis. der nach 3½-monatlicher Krankheitsdauer zur Operation kam. Das Exsudat war rechts über dem Lig. Pouparti als faustgrosser rundlicher Tumor zu tasten. Obgleich der Inzisionsschnitt gerade über die Mitte des Tumors ging, wurde das Peritoneum eröffnet, das in diesem Fall nicht abgehoben war. Nach Orientierung über die Verhältnisse wurde die Inzisionswunde in vierschichtiger Naht geschlossen und unterhalb derselben der Abszess eröffnet, wobei reichlich Eiter sich entleerte. Glatte Heilung nach sofortigem Abfall des Fiebers. Hätte man hier statt breiter Inzision eine Probepunktion gemacht, so würde der Eiter in die Bauchhöhle gelangt sein.

(Autoreferat).

6. Dr. Holowko demonstriert: a) ein von ihm p. laparotomiam entferntes Myom sammt Tuben und Ovarien. Das Myom war zentral völlig erweicht und verflüssigt, ausserdem bestanden beiderseits Retentionszysten der Tuben und kleinzystische Degeneration der Ovarien; b) eine beim 15-jährigen Mädchen entfernte Stielgedrehte Dermoidzyste, die am Tage der Operation geplatzt war. Beide Fälle genasen.

(Autoreferat).

Sekretär: Dr. Rippe.

Tagesnachrichten.

Personalia.

— Am 7. März verschied der Leibchirurg seiner Majestät, Wirklicher Geheimrat Dr. Gustav Hirsch. — Einen ausführlichen Nekrolog bringen wir in der nächsten Nummer.

— Am 15. März n. St. beging der berühmte Gelehrte und Begründer der modernen Chirurgie, Prof. Dr. Sir Joseph Lister in London, seinen 80. Geburtstag.

— Am 1. März traf der bekannte Berliner Orthopäde Professor Dr. Hoffa, einer Einladung Ihrer Majestät der Kaiserin Alexandra Feodorowna folgend, in St. Petersburg ein. Wie verlautet, wünschte die Kaiserin, der ihre Schöpfung des nach dem Muster der Hoffa'schen orthopädischen Anstalt von dem inzwischen verstorbenen Dr. C. Horn, einem ehemaligen Assistenten Hoffa's, eingerichteten orthopädischen Instituts im Alexanderpark sehr am Herzen liegt, sich zu vergewissern, ob auch unter der jetzigen Leitung das Institut im Geiste Hoffa's fortgeführt würde.

— Der stellvertretende Gouvernements-Medizinalinspektor von Rjasan, Ehrenleibmedikus des Allerhöchsten Hofes Dr. Tichonow, ist im ersteren Amte bestätigt worden, unter Belassung in seiner Stellung als Ehrenleibmedikus.

— Der Prof. ord. der Psychiatrie und Neurologie an der militär-medizinischen Akademie, Geheimrat Dr. Bechterew ist nach Ausdienung der Dienstfrist in der Würde eines Professors emeritus bestätigt worden.

— Wie aus Strassburg gemeldet wird, beabsichtigt der bekannte Professor der Augenheilkunde und Direktor der

Augenklinik an der dortigen Universität, Dr. Ludwig Laqueur, nach 30-jähriger Lehrtätigkeit von seinem Amte zurückzutreten. Prof. Laqueur, ein Schüler Albert v. Graefes, vollendet im Juli d. J. sein 68. Lebensjahr.

— Auf eine 25-jährige Tätigkeit als akademische Lehrer können die Münchener Universitätslehrer Professor Dr. Oskar Eversbusch, Direktor der ophthalmologischen Klinik und Poliklinik, sowie der Gynäkologe, Honorarprofessor Dr. Max Stumpf zurückblicken.

— Dem stellv. Erivanschen Gouvernementsarzt, Staatsrat Dr. Andriassow, ist für Teilnahme an der Ergreifung von Massregeln gegen die Cholera im Kaukasus, der St. Wladimirorden IV. Klasse verliehen worden.

— Der Oberarzt des Orenburgschen Militärbezirks, Staatsrat Dr. Pentschkowski, ist krankheitshalber mit Uniform und Pension verabschiedet worden.

— Am 3. März n. St. beging der bekannte Berliner Arzt für Magen- und Darmkrankheiten und Leiter einer Privatklinik für Verdauungskrankheiten, Sanitätsrat Dr. J. Boas, sein 25-jähriges Doktorjubiläum, bei welcher Gelegenheit ihm von seinen Schülern und Freunden eine Adresse überreicht wurde, die unter den mehr hundert Unterschriften auch viele Namen hervorragender Fachgenossen des In- und Auslandes enthält.

— Der ausserordentliche Professor an der Leipziger Universität Dr. Emil Krückmann ist zum ordentlichen Professor der Augenheilkunde und Direktor der Augenklinik an der Universität Königsberg, an Stelle des nach Bonn übersiedelnden Prof. Dr. Kuhnt, ernannt worden.

— Dem Privatdozenten der Chirurgie an der Universität Königsberg, Dr. Egbert Braatz, ist der Professortitel verliehen worden. — Dr. Braatz war, nachdem er seine medizinischen Studien in Leipzig absolviert hatte, von 1878 bis 79 Assistent der chirurg. Abteilung des Stadtkrankenhauses zu Riga und 1886—89 praktischer Arzt in Libau, von wo er nach Deutschland übersiedelte und sich 1896 an der Königsberger Universität habilitierte.

— Dr. Paul Kienast, praktischer Arzt im Flecken Haggers (in Estland), hat wie die Revaler Zeitung erfährt, bei der Konkurrenz zur Erlangung von Projekten zu Möbeln für Arbeiterwohnungen in Riga, den III. Preis erhalten.

Nekrologe.

— Verstorben sind: 1) Am 23. Februar in Wesenberg der dortige freipraktizierende Arzt, Staatsrat Dr. Friedrich Voss im 74. Lebensjahre. Der Hingeschiedene stammte aus Livland und hatte seine medizinische Ausbildung in Dorpat erhalten, wo er von 1854—61 studierte und der Korporation «Estonia» angehörte. Nach Erlangung des Arztgrades liess er sich in Wesenberg als praktischer Arzt nieder und bekleidete von 1871 an viele Jahre auch den Posten des Wierländischen Kreisarztes. 2) In Tambow am 23. Februar der ehemalige Professor der Pharmakologie an der militär-medizinischen Akademie, wirkl. Staatsrat Dr. Peter Ssuschtschinski, im 65. Lebensjahre. Nach Absolvierung seiner Studien an der Moskauer Universität i. J. 1864 wurde S. als Assistent und Prosektorgehülfe bei der Universität belassen, sodann zur weiteren Vervollkommnung auf zwei Jahre ins Ausland abkommandiert. Aus dem Auslande zurückgekehrt, war er Dozent für Toxikologie in Moskau, bis er 1871 als Professor der Pharmakologie an der Kiewer Universität angestellt wurde, von wo er 1876 einem Rufe an die mediko-chirurgische Akademie folgte. Hier hielt er auch Vorlesungen über Pharmakologie für die weiblichen medizinischen Kurse. Nach Ausdienung der Dienstfrist nahm er seinen Abschied und fungierte nur noch als beratendes Mitglied des militär-medizinischen gelehrten Komitees. Unter seiner Leitung sind eine grosse Anzahl Arbeiten aus dem pharmakologischen Kabinett der Akademie hervorgerufen. 3) In Warschau einer der bedeutendsten polnischen Chirurgen Dr. Wladyslaw Krajewski im Alter von 52 Jahren. Die polnische Aerztewelt hat durch das Hinscheiden dieses Kollegen einen schweren Verlust erlitten. Der Verstorbene war im Lublinschen Gouvernement geboren, studierte an der Warschauer Universität Medizin und war nach Absolvierung des Kursus 1876 Militärarzt. Im J. 1882 wurde er auf Kronskosten ins Ausland geschickt und nach seiner Rückkehr nach Warschau älterer Assistent bei dem damaligen Chef-Chirurgen Dr. Orlowski am Hospital des Kindleins Jesu. Dr. Krajewski erfreute sich grosser Popularität und wurde zu grösseren chirurg. Operationen auch häufig auswärts berufen. 4) In Wilna Dr. Wladislaw Jamette, Ordinator am Hospital «Ssawitsch» daselbst, im 43. Lebensjahre nach 15-jähriger ärztlicher Tätigkeit am Abdominaltyphus, mit dem er sich bei der Behandlung von Typhuskranken infiziert hatte. 5) In Moskau der Nestor der dortigen Aerzte Dr. Michael Lebedew, ehemaliger langjähriger Ordinator am Stadthospital, im 82. Lebensjahre. Die Venia practicandi hatte der Verstorbene bereits im Jahre 1851, also vor mehr als 55 Jahren, erlangt. 6) Am 1. Februar in Cannes der bekannte französische Epidemiologe Dr. Daremberg.

Von Universitäten und medizinischen Instituten.

— Die unerquicklichen Verhältnisse in der Odessaer medizinischen Fakultät spitzen sich immer mehr zu. Die Studenten haben dem Dekan Prof. Lewaschow und dem Fakultätssekretär Dr. Mankowski, die beide in einer Sitzung der zur Rechten gehörenden Professoren gewählt wurden, definitiv den Boykott erklärt. Infolgedessen haben alle acht zur Rechten gehörenden Professoren ihre Vorlesungen eingestellt.

— Die Studenten der Medizin einer anderen Universität, der Moskauer, beabsichtigten eine Agitationsreise nach Petersburg zu machen, die jedoch rechtzeitig vereitelt wurde. Wie die Pet. Telegraphenagentur mitteilt, sollten nämlich 500 Studenten der Medizin aus Moskau mit dem Privatdozenten der Kinderheilkunde Dr. Ustinow an der Spitze angeblich zu «Studienzwecken» am 28. Februar in einem Extrazuge nach Petersburg fahren. In Wirklichkeit hatte die Fahrt jedoch den Zweck, für die der Ermordung eines Schutzmannes angeklagten drei Studenten zu agitieren. Auffallenderweise hatte der Rektor auf Ansuchen Dr. Ustinow's die Erlaubnis zu dieser verdächtigen Massenexkursion gegeben, später sie jedoch nach Unterhandlungen mit dem Minister der Volksaufklärung zurückgenommen! Der Moskauer Stadthauptmann traf übrigens die nötigen Massnahmen, dass der Extrazug mit den Studenten nicht abgelassen werde. Der Anstifter dieser Massenexkursion Dr. Ustinow soll seit dieser Zeit nirgends zu finden sein.

— In dem zahnärztlichen Institut der Berliner Universität stehen in nächster Zeit grosse Veränderungen bevor. Der Direktor des Instituts Prof. Dr. Busch hat um seine Entbindung von der Leitung des Instituts und von der ihm unterstellten chirurgischen Abteilung desselben nachgesucht. Der Leiter der Abteilung für Zahnersatz Prof. Dr. Warnekros tritt ebenfalls zurück und der Leiter der Abteilung für konservierende Zahnpflege Prof. Dr. Miller siedelt nach Amerika über. An die Stelle der abgehenden Professoren treten: in der chirurg. Abteilung — Oberstabsarzt Dr. Williger, in der Abteilung für konservierende Zahnpflege — Dr. med. Dieck und als Nachfolger des Prof. Warnekros — der Privatdozent Dr. Schroeder aus Greifswald. Alle diese drei neuen Dozenten sollen, wie das auch bei ihren Amtsvorgängern der Fall war, zu ausserordentlichen Professoren in der Berliner med. Fakultät ernannt worden.

Standesangelegenheiten.

— Der Chefarzt des hiesigen neuen städtischen Kinderhospitals Prof. Dr. D. Ssokolow, der anfänglich von seinem Posten nicht zurücktreten wollte, hat sich jetzt der Bestimmung des Stadtamts gefügt und die Leitung des Hospitals seinem Nachfolger Dr. Maximow, älteren Arzt an diesem Hospital, übergeben. Das von ihm bisher innegehabte Quartier im Hospital wird Prof. Ssokolow fürs erste noch weiter bewohnen. Da im Stadtamt noch einige Proteste gegen die Entlassung Prof. Ssokolow's eingelaufen sind, so wird diese Angelegenheit nun vor die Stadtduma gebracht werden.

— Zum Praeses der sozial-revolutionären Gruppe in der Reichsduma ist der Deputierte des Terekgebiets Dr. G. A. Gorbunow, Militärarzt in Pjatigorsk, gewählt worden.

— Erkrankung eines zweiten Arztes an der Pest in Kronstadt. Am 21. Februar, also ca. 3 Tage nach dem Tode Dr. Schreibers erkrankte in demselben Laboratorium zur Herstellung von Antipestpräparaten in der Kronstädter Festung der von der militär-medizinischen Akademie dorthin abkommandierte Militärarzt Dr. Podlewski. Nach der Ansicht des Chefs des Laboratoriums liegt hier wahrscheinlich eine bei der Sektion der Leiche des verstorbenen Dr. Schreiber erfolgte Infektion vor. Von anderer

Seite ist dagegen die Meinung ausgesprochen, dass es sich in diesem Falle möglicherweise nicht um Pest handle, sondern nur um eine heftigere Reaktion des Organismus auf die in grosser Zahl an Podlewski vorgenommenen Schutzimpfungen. Glücklicherweise befindet sich Dr. Podlewski bereits in der Genesung.

— In Lodz ist der dortige Arzt A. Tomaszewski als politisch verdächtig verhaftet worden.

— Aus Jalta ist auf Anordnung des Oberkommandierenden der Stadt die Aerztin Gurjan für die Zeit des Bestehens des ausserordentlichen Schutzes ausgewiesen worden.

— Die Aerzte des hiesigen städtischen Obuchowhospitals haben beschlossen, allmonatlich 2% von ihrem Gehalt zum Besten der Hungerleidenden zu spenden. (R. Wr.).

— Eine hochherzige Stiftung zu ärztlichen Zwecken. Der in Tiflis verstorbene Sanitätsrat Dr. Gobudek hat den grössten Teil seines Vermögens — rund eine Million Mark — zur Errichtung von Stiftungen für ärztliche Zwecke testamentarisch vermacht. Ein Kapital von 200,000 Mark ist für notleidende Aerztewaisen bestimmt, eine Summe von 100,000 Mark fällt der ärztlichen Unterstützungskasse für Ostpreussen zu; ferner sollen die Zinsen von weiteren 200,000 Mark der Erweiterung der Versicherungskasse für die Aerzte Deutschlands und ihrer Waisenkasse dienen. Ausserdem hat der Erblasser ein Kapital von 250,000 Mark für eine Stiftung zur Gewährung zinsfreier Darlehen an Medizin studierende Frauen ausgesetzt.

Vereins- und Kongressnachrichten.

— Der X. Kongress russischer Aerzte zum Andenken an N. J. Pirogow hat endlich die ministerielle Genehmigung erhalten. Er wird vom 25. April bis zum 2. Mai 1907 in Moskau stattfinden. Wegen vollständiger Erschöpfung der Mittel der Pirogow-Gesellschaft ist der Mitgliedsbeitrag für diesen Kongress auf 10 Rubel erhöht worden. Dafür werden die Kongressmitglieder zugleich Mitglieder der Pirogow-Gesellschaft für das Jahr 1907 und erhalten auch das «Journal» der Gesellschaft unentgeltlich.
Anmeldungen von Vorträgen und Mitteilungen auf dem Kongress sind unter Beifügung eines Autoreferats oder wenigstens der Thesen sind spätestens bis zum 1. April an die Geschäftsführung des Kongresses unter nachstehender Adresse einzusenden: Правленію Общества русскихъ врачей въ память Н. И. Пирогова, Москва, Арбатъ, Денежный пер., д. 28, кв. 5.

— Das Wiener Operateurinstitut beging am 15. März n. St. die Feier seines 100-jährigen Bestehens, verbunden mit der Feier des 80. Geburtstages des Begründers der modernen Chirurgie Prof. Sir Josef Lister.

— Zu dem im September stattfindenden internationalen Kongress für Hygiene und Demographie in Berlin beabsichtigt, der «Balt. Tagesztg.» zufolge, die Stadt Mitau als Delegierte zwei Aerzte, den städtischen Sanitätsarzt Dr. Hoheisel und Dr. Spehlmann, sowie den Stadtingenieur v. Kahlberg zu entsenden und sind zu diesem Zweck bereits 450 Rbl. von der Stadtverordneten-Versammlung bewilligt worden.

Verschiedene Mitteilungen.

— Einen luxuriösen Operationssaal, wohl den kostbarsten, der sich in irgend einem Krankenhause findet, hat das Londoner Hals- und Ohrenhospitel, das im November v. J. eröffnet wurde, aufzuweisen. Der Saal besteht ganz aus Marmor, so dass sich nirgends Staub ansammeln kann. Der Boden ist mit Mosaiken aus Terazzo-Marmor belegt, die Wände sind mit hellem sizilischem Marmor bekleidet. In dem ganzen Raum sind keine Ecken und Winkel, sondern in reiner fleckenloser Fläche wirkt das schöne Material. Alle Vervollkommnungen, die Amerika oder der Kontinent für solche Zwecke erdacht haben, sind hier angebracht. Die elektrische Heizung kann auf jeden beliebigen Temperaturgrad gebracht werden, und durch geräuschlos arbeitende Fächer wird jede Feuchtigkeit ferngehalten und für gute Ventilation gesorgt. Damit der Anblick der scharfen und furchtbaren Operationsinstrumente, sowie die Schaar der Assistenzärzte und Studenten dem Kranken nicht Furcht einflössen, befindet sich vor dem eigentlichen Operationssaale ein prächtig ausgestattetes Vorzimmer, in dem die Betäubung des zu Operierenden vorgenommen wird. Auf einem fahrbaren Operationstische wird dann der Kranke schnell und geräuschlos in den Saal gebracht.

Bf.

— Die Gesamtzahl der Kranken in den Zivilhospitälern St. Petersburgs betrug am 10. Febr d. J. 12213 (58 mehr als in der Vorwoche), darunter 751. Typhus — (47 wen.), 1131 Syphilis — (25 wen.), 415 Scharlach — (7 wen.), 260 Diphtherie — (20 mehr), 149 Masern — (13 mehr), und 9 Pockenkranke — (7 wen. als in der Vorw.).

— Die Gesamtzahl der Sterbefälle in St. Petersburg betrug in der Woche vom 4. bis zum 10 Febr. d. J. im ganzen 886 (473 M., 413 W.), darunter an folgenden Krankheiten:

Typhus exanth. 0, Typhus abdom. 23, Febris recurrens 0, Typhus ohne Bestimmung der Form 0, Pocken 0, Masern 23, Scharlach 21, Diphtherie 26, Croup 0, Keuchhusten 9, Croupöse Lungenentzündung 49, Erysipelas 7, Grippe 14, Katarrhalische Lungenentzündung 109, Ruhr 1, Epidemische Meningitis 0, Akuter Gelenkrheumatismus 1, Parotitis epidemica 0, Rotzkrankheit 0, Anthrax 0, Hydrophobie 0, Puerperalfieber 3, Pyämie und Septicaemie 13, Tuberkulose der Lungen 101, Tuberkulose anderer Organe 21, Alkoholismus und Dilirium tremens 12, Lebensschwäche und Atrophia infantum 57, Marasmus senilis 27, Krankheiten des Verdauungskanals 90, Totgeborene 45.

Am 17. Febr. d. J. betrug die Zahl der Kranken 12152 (61 wen. als in der Vorwoche.), darunter 697 Typhus — (54 wen.), 1118 Syphilis — (13 wen.), 418 Scharlach — (3 mehr), 241 Diphtherie — (19 wen.), 180 Masern — (31 mehr) und 10 Pockenkranke (1 mehr als in der Vorw.)

— Die Gesamtzahl der Sterbefälle in St. Petersburg betrug in der Woche vom 11. bis zum 17. Febr. d. J. im ganzen 879 (493 M., 386 W.), darunter an folgenden Krankheiten:

Typh. exanth. 0, Typh. abd. 22, Febris recurrens 0, Typhus ohne Bestimmung der Form 0, Pocken 1, Masern 24, Scharlach 29, Diphtherie 26, Croup 0, Keuchhusten 5, Croupöse Lungenentzündung 51, Erysipelas 7, Grippe 12, Katarrhalische Lungenentzündung 93, Ruhr 0, Epidemische Meningitis 0, Acuter Gelenkrheumatismus 0, Parotitis epidemica 1, Rotzkrankheit 0, Anthrax 0, Hydrophobie 0, Puerperalfieber 1, Pyämie und Septicaemie 12, Tuberculose der Lungen 127, Tuberculose anderer Organe 25, Alkoholismus und Delirium tremens 9, Lebensschwäche und Atrophia infantum 59, Marasmus senilis 28, Krankheiten der Verdauungsorgane 86, Totgeborene 50.

✦ Nächste Sitzung des Vereins St. Petersb. Aerzte: Dienstag, d. 20. März 1907.

Tagesordnung:

1. Fuhrmann: 3 Fälle von angeborener Darmatresie.
2. Amburger: Einiges über moderne Krebsforschung.
3. Klopfer Demonstrationen: Blasentumor und Röntgenbilder von Kalkaneodynie.

✦ Nächste Sitzung des Deutschen ärztlichen Vereins: Montag, d. 12. März 1907.

Tagesordnung:

E. Masing: Ueber Auskultation der Flüsterstimme.

Im Deutschen Alexander-Hospital wird Nachweis erteilt über zur Zeit dienstfreie Pfleger und Pflegerinnen für die private Krankenpflege (gegen Zahlung von 50 Kop.)

Adressen von Krankenpflegerinnen:
Frl. **Pauline Winkel**, Конногвардейскій переулокъ 4, кв. 2.

Herausgeber Dr. Rudolf Wanach. Buchdruckerei v. A. Wienecke Katharinenhofer Pr. №15.

XXXII. JAHRGANG. ST. PETERSBURGER Neue Folge XXIV. Jahrg.

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Redaktion von

Prof. Dr. Karl Dehio. Dorpat.
Dr. Johannes Krannhals. Riga.
Dr. Rudolf Wanach. St. Petersburg.

Die „St. Petersburger Medizinische Wochenschrift" erscheint jeden Sonnabend.—Der **Abonnementspreis** ist in **Russland** 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr inkl. Postzustellung; in den **anderen Ländern** 20 Mark jährlich, 10 Mark halbjährlich. Der **Insertionspreis** für die 3mal gespaltene Zeile in Petitist 20 Kop. oder 45 Pfen.—Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt. —Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.

Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate bittet man ausschliesslich an die Buchhandlung von **K. L. Ricker** in St. Petersburg, Newsky-Prospekt № 14, zu richten. — **Manuskripte** sowie alle auf die Redaktion bezüglichen Mitteilungen bittet man an den geschäftsführenden Redakteur Dr. **R. Wanach** in St. Petersburg, Petersb. Seite, Alexandrowski Pr. 6 zu richten. Sprechst. Dienstag, Donnerstag und Sonnabend 5—6.

№ 11 St. Petersburg, den 17. (30.) März. **1907.**

Die sexuelle Enthaltsamkeit im Lichte der Medizin.

Von
Dr. Ludwig Jacobsohn.
(St. Petersburg).

Die venerischen Krankheiten, in allen Menschenaltern verbreitet, wählen jedoch ihre meisten Opfer unter den Lernenden der höheren (auch mittleren) Schulen. Die Syphilisation resp. Tripperisation der studierenden Jugend schreitet mit schnellen Schritten vor. Die gehoffte „Gesundmachung" der Prostitution hat sich nicht bewährt, und die Bekämpfung der Verbreitung der venerischen Krankheiten unter der Jugend hat in der Reserve nur noch ein Mittel — die Propaganda der Enthaltsamkeit bis zur Ehe, den Beweis voller Unschädlichkeit solcher Enthaltung in Verbindung mit einer Popularisation der Kenntnisse über die geschlechtlichen Erkrankungen. Dies ist in allgemeinen Zügen der Inhalt meines Vortrages, den ich im September 1903 in der Russischen syphilidologischen und dermatologischen Gesellschaft hielt [1]). Ich illustrierte meinen Vortrag mit Ziffern, die ich aus der Literatur herausfinden konnte, und in einer nächsten Arbeit [2]) noch vervollständigte. Weiterhin wurde auf der Pirogoff'schen Versammlung im Januar vorigen Jahres, in der Sektion der Haut- und venerischen Krankheiten, von Dr. W. W. Favre ein Vortrag gehalten: „Zur Statistik der Geschlechtskrankheiten unter den Studierenden und über die Mittel zu ihrer Bekämpfung". Dabei riet er folgende Massregeln: Forderung geistiger Interessen der Jugend, Erweiterung der physischen Erziehung unter den Schülern der mittleren Schulen, Verbreitung der Gymnastik und verschiedenen Sportarten in den höheren, Bekanntmachung der Gymnasiasten und Studenten mit dem Wesen und den Haupterscheinungen des geschlechtlichen Lebens und der venerischen Krankheiten; Vorträge und Propaganda der Enthaltung; unentgeltliche und leicht zu bekommende Behandlung der venerischen Erkrankungen der studierenden Jugend durch Spezialärzte, was durch eine Verabredung höherer und mittlerer Schulen mit diesen Aerzten erzielt werden könnte. Auf Vorschlag von W. W. Fawre errichtete die Sektion der Pirogoff'schen Gesellschaft eine „Kommission zum Studium der Frage über die geschlechtlichen Erkrankungen der Jugend und der Mittel zu ihrer Bekämpfung".

In den Vorträgen von W. W. Fawre und mir wurde einstimmig betont die Notwendigkeit einer Enthaltungspropaganda bis zur Ehe. Die Erfahrung lehrt aber, dass diese Propaganda oft durchkreuzt wird von einer entgegengesetzten Meinung, die die geschlechtliche Enthaltung für schädlich hält. Eine solche Meinung ist ungemein verbreitet unter der studierenden Jugend, und wird mitunter auch von Aerzten geäussert.

Da eine solche Ansicht, sich weit verbreitend, den ausserehelichen Geschlechtsverkehr fördert und am Ende die Erkrankung an Gechlechtskrankheiten begünstigt, so schien es mir, dass eine Revision dieser Ansicht seitens einer Reihe von bewährten Autoritäten höchst dringend wäre. Diese Befragung von Autoritäten würde dann ein Schlussresultat geben, welches, wie ich meine, die Frage entscheiden könnte, ob die sexuelle Enthaltung wirklich schädlich ist oder nicht.

In dieser Absicht schrieb ich Briefe an 77 Professoren der Physiologie, Hygiene, venerischen, inneren, Nerven- und Geisteskrankheiten der Militärärztlichen Akademie in Petersburg (jetzigen und ehemaligen), des Institutes der Grossfürstin Elena Pawlowna in Petersburg, des Medizinischen Institutes für Frauen in Petersburg und der Universität in Moskau, Kiew, Charkoff, Warschau,

[1]) L. Jacobsohn: «Ueber die Massnahmen zur Bekämpfung der Verbreitung der venerischen Krankheiten unter der studierenden Jugend». Russki Wratsch, 1903, Nr. 43 (Russisch). Referiert in der Zeitschrift für Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten, Band 2, Nr. 6.

[2]) L. Jacobsohn. Die Popularisation der Kenntnisse über die venerischen Krankheiten. Praktitscheski Wratsch, 1904, Nr. Nr. 25—26 (russisch).

Kasan, Odessa, Tomsk und Jurjew (Dorpat). Aehnliche Briefe versendete ich an 130 Professoren derselben Fachwissenschaften in den 20 deutschen Universitäten. Von den 77 russischen Professoren antworteten mir nur folgende: L. W. Blumenau (Petersburg), L. O. Darkschewitsch (Kasan), N. J. Muchin (Warschau), W. D. Orlow (Kiew), J. P. Pawlow (Petersburg), M. N. Popow (Tomsk), J. Th. Selenew (Charkow), W. M. Tarnowsky (Petersburg), Fürst von J. R. Tarchanow (Petersburg), W. F. Tschish (Jurjew), J. J. Tschiriew (Kiew). Also von 77 Personen antworteten nur 11. Viel mehr entgegenkommend erwiesen sich die deutschen Professoren. Von 130 Personen antworteten mir 28, nämlich die Herren: Geheimer Medizinalrat Brieger (Berlin), Cramer (Göttingen), Geheimer Medizinalrat Erb (Heidelberg), Finkler (Bonn), C. Fränkel (Halle), Geheimer Medizinalrat Gaffky (Berlin), Gärtner (Jena), Gruber (München), v. Grützner (Tübingen), Heim (Erlangen), Hensen (Kiel), Hoche (Freiburg), Geheimer Medizinalrat F. Hoffmann (Leipzig), von Jürgensen (Tübingen), Lassar (Berlin), Geheimer Medizinalrat v. Leyden (Berlin), Kräpelin (München), Langendorff (Rostock), Geheimer Medizinalrat Meschede (Königsberg), Geheimer Medizinalrat A. Neisser (Breslau), Pflüger (Bonn), Rumpf (Bonn), F. Schultz (Jena), Seifert (Würzburg), Geheimer Medizinalrat von Strümpell (Breslau), Schottelius (Freiburg), Tuczek (Marburg), Th. Weber (Halle); also 28 Personen.

Alles in Allem, erhielt ich also Antwort seitens 39 Gelehrten. Leider, äusserten sich v. Tarchanow und Schultze, dass sie in den mich interessierenden Fragen keine persönliche Erfahrung haben, und Pawlow, — dass er nicht die Gelegenheit hatte sich in dieser Frage ein bestimmtes Urteil zu bilden. Ausserdem gab mir Prof. Langendorff nicht seine Sanktion zur Veröffentlichung seiner Antwort. Es bleiben also 35 Antworten.

Es ist auch interessant zu notieren, welche Fachspezialitäten die Autoren dieser Antworten repräsentieren. Die Katheder der Physiologie repräsentierten: Proff. Grützner, Hensen, Pflüger, Tschiriew; Hygiene — Proff. Finkler, C. Fränkel, Gaffky, Gärtner, Gruber, Heim, Orlow, Schottelius; innere Krankheiten — Proff. Brieger, F. Hoffmann, v. Jürgensen, Muchin, Rumpf, Weber; Innere und Nervenkrankheiten — Proff. Erb, v. Leyden, v. Strümpell; Nerven- und Geisteskrankheiten — Proff. L. W. Blumenau, L. O. Darkschewitsch, Cramer, Hoche, Kräpelin, Meschede, M. N. Popoff, Tuczek, W. T. Tschish; Dermatologie und Syphilidologie — Proff. J. F. Selenew, Lassar, Neisser, Seifert, W. M. Tarnowsky.

Indem ich nun zur Darlegung der von mir erhaltenen Antworten übergehe, finde ich es für nötig an erster Stelle die Meinung des Bonner Physiologen E. Pflüger's zu zitieren, als des einzigen, der sich skeptisch verhält zur Propaganda über die Unschädlichkeit der sexuellen Enthaltung. Wie Herr Pflüger behauptet, fehlt es an sicheren Tatsachen, um auf die gestellten Fragen eine zuverlässige Antwort zu geben; „wenn aber alle Autoritäten der Welt die Unschädlichkeit der Enthaltsamkeit behaupteten, würde das keinen Einfluss auf die Jugend haben. Denn hier sind Gewalten im Spiele, die jedes Hindernis durchbrechen".

Dann folgen Autoren, die ihre Meinungen in ganz kategorischer Form äussern. So hält Prof. Muchin (Therapeut) die Meinung über den schädlichen Einfluss sexueller Enthaltung für ein völlig unbegründetes Vorurteil, ja noch mehr — für ein in ethischer und sanitärer Hinsicht gefahrvolles Vorurteil. Prof. Kräpelin hält die geschlechtliche Enthaltsamkeit nicht für schädlich. „Auf der anderen Seite ist der Nutzen, der in der Vermeidung geschlechtlicher Ansteckungen liegt, soweit der aussereheliche Verkehr in Betracht kommt, augenfällig".

Nicht minder bestimmt äussern sich über die Unschädlichkeit der sexuellen Enthaltung der Hygienist Gärtner und Psychiater Cramer: „die sexuelle Enthaltsamkeit halte ich für junge Leute nicht für schädlich" (Gärtner); „die sexuelle Enthaltsamkeit ist für junge Männer vor der Ehe nicht schädlich" (Cramer).

Die Hygienisten Schottellius und Gaffky sendeten mir, statt einer Antwort auf meine Fragen, je ein Exemplar des bekannten Aufrufs an die Akademische Jugend, unterzeichnet von den Professoren H. Buchner, E. v. Esmarch, Finkler, B. Fischer, C. Flügge, Forster, C. Fränkel, Gärtner, Gaffky, M. Gruber, Heim, K. B. Lehmann, Lode, Löffler, A. Neisser, L. Pfeiffer, R. Pfeiffer, Prausnitz, Schottelius und Wyss. Im Aufruf steht bekanntlich geschrieben, „nach tausendfachen Erfahrungen kann eine weise Zurückhaltung und Beschränkung im geschlechtlichen Verkehr beobachtet werden ohne jeden Schaden für die körperliche und geistige Entwickelung des heranwachsenden jungen Mannes".

Der Hygieniker Finkler meint, dass die geschlechtliche Enthaltsamkeit und Enthaltung für junge Leute und Männer nicht schädlich, sondern für Körper und Geist nützlich ist. Ausübung des Geschlechtsgenusses durch normalen Beischlaf beim Weibe sollte man erst vom 20. Lebensjahre dem Manne gestatten; jede andere Art der Befriedigung des Geschlechtstriebes aber dem jungen Manne fernhalten.

Herr Lassar hält die geschlechtliche Enthaltsamkeit bei jungen Leuten durchaus für unschädlich. Hiermit stimmt, nach Lassar, vollständig überein, dass es zahlreiche Berufsstände, Lebenslagen und Lebensperioden giebt, in welchen tausendfach die Probe auf dieses Exempel gemacht werden musste und gemacht worden ist.

Nach Seifert's Erfahrungen ist die geschlechtliche Enthaltsamkeit für junge Männer nicht schädlich. Seifert kennt hunderte von jungen Leuten und Männern, dazu gehört unter Anderen der grössere Teil der protestantischen Geistlichkeit, welche bis zum Eingehen der Ehe ohne jeden Schaden für ihre Gesundheit sich des Geschlechtsgenusses enthalten und enthalten haben.

Herr Gruber hat sich vergeblich um Tatsachen umgesehen, welche die Schädlichkeit der Enthaltsamkeit für gesunde Männer beweisen würden, allerdings hat er auch nur sehr wenige junge Männer kennen gelernt, deren Versicherung der Enthaltsamkeit er Glauben schenken konnte. Für nützlich hält Gruber die geschlechtliche Abstinenz nur im jugentlichen Alter bis zur vollen Reife. Doch wird auch dem Halbreifen, soviel Gruber sehen konnte, nur die Unmässigkeit schädlich. Vom rein physischen Standpunkte aus — alle sozialen Momente bei Seite gelassen — muss man, nach Gruber, zugestehen, dass die Befriedigung des Geschlechtstriebes, soweit er sich ohne künstliche Stachelung kräftig regt, das Naturgemässe wäre. Aber zwischen „naturgemäss" und „schädlich" liegt ein breiter Raum, in dem unsere ganze Kultur Platz gefunden hat". Im Uebrigen verweist Herr Gruber auf seine Broschüre „Hygiene des Geschlechtslebens" Stuttgart, Ernst Heinrich Moritz.

Nach Herrn Brieger lässt sich im Allgemeinen ein Urteil inbetreff der Schädigung der Gesundheit durch ge-

schlechtliche Enthaltsamkeit nicht abgeben; doch sind Herrn Brieger Fälle sicher bekannt, wo Leute bis zur Ehe, einer bis zum 32. Lebensjahr, ohne Schädigung der Gesundheit geschlechtlich sicher enthaltsam gewesen sind.

Herr von Jürgensen hält die geschlechtliche Enthaltsamkeit an sich gewiss nicht für schädlich. Es können Bedingungen gegeben sein, wo sie einen weniger günstigen Einfluss üben kann; dahin rechnet v. Jürgensen, dass Störungen der Nachtruhe durch lange dauernde heftige Erregungen sich einstellen. Allein dann wird die Aenderung der äusseren Lebensverhältnisse genügen, um die Störungen zu beseitigen. Vorausgesetzt, dass das sittliche Gefühl genügend stark ist.

Herr Hoffmann hält die geschlechtliche Enthaltsamkeit für junge Leute nur für nützlich. Er hat die Idee, dass eine solche vor der Ehe schädlich sei nur für etwas anderes genommen, als für eine Redensart solcher Leute, die an sich selbst ihre Ausschweifung durch Scheingründe entschuldigen wollen. Die Gefahr, dass die Enthaltsamkeit zur Onanie führt ist unzweifelhaft erfunden, aber Onanie ist doch nicht so gefährlich wie Gonorrhoe, geschweige wie Syphilis und ist bei gutem Willen und passender Lebensweise immer genügend in Schranken zu halten.

Nach Herrn von Strümpell, ist die geschlechtliche Enthaltsamkeit für junge Männer nicht direkt, wohl aber indirekt nützlich, da sie die Gefahr der venerischen Ansteckung beseitigt und die jungen Leute auch vor mancherlei sittlichen Gefahren bewahrt. Die geschlechtliche Enthaltsamkeit ist als solche sicher nicht schädlich. Wo sie schädlich zu sein scheint, wird man nach v. Strümpells Ansicht die anscheinenden Folgen wohl auch auf andere Weise erklären können. Dabei ist natürlich nicht ausgeschlossen, dass v. Strümpell die Ausübung der geschlechtlichen Tätigkeit von einem gewissen Alter an (durch Heirat) für das Normale und daher stets Wünschenswerte hält. Die geschlechtliche Enthaltsamkeit giebt zwar nicht selten Anlass zur Onanie; doch darf auch dieser Schaden, nach v. Strümpell, nicht übertrieben hoch angeschlagen werden. Die geschlechtliche Enthaltsamkeit als solche ist nach v. Strümpells Erachten in keinem Alter schädlich.

Herr Hensen tritt an die Frage der Nützlichkeit oder Schädlichkeit der sexuellen Enthaltsamkeit in folgender Weise: „die Unenthaltsamkeit bedingt eine Mehrbelastung des Stoffwechsels; wenn dabei die Gesundheit bewahrt werden soll, so ist die Enthaltsamkeit somatisch betrachtet nützlich. Wenn durch irgend welche Verhältnisse im Leben die Phantasie zu sehr in Richtung auf das Geschlechtsleben angeregt wird, so kann dies mancherlei selbst rein somatische Leiden hervorbringen. In solchen Fällen ist Enthaltsamkeit nicht unbedingt zu loben". Herr Hensen bemerkt noch, dass seines Erachtens eine erfolgreiche Bekämpfung der syphilitischen Leiden nur dann möglich sein wird, wenn man sich entschliesst alle Männer einer gewissen Altersperiode zu zwingen, einige Mal im Jahre ein Atest abzuliefern, dass sie gesund sind oder dass sie wenn geschlechtlich krank in ärztlicher Behandlung stehen.

Nach Tuczek's Erfahrung ist die geschlechtliche Enthaltsamkeit für junge Leute und Männer nur nützlich und, bei gesundheitsgemässer Lebensweise, auch unschwer durchführbar. Gesundheitsschädigung, welche auf geschlechtliche Enthaltsamkeit zurückzuführen gewesen wäre, hat Tuczek nie beobachtet.

So einfach die Fragestellung lautet, so schwierig ist es, nach Herrn Rumpf, sie brevi manu zu beantworten. Es giebt zweifellos Männer, welche bis zu einer Ehe gegen das dreissigste Lebensjahr kein Weib geschlechtlich berühren und anscheinend enthaltsam sind; die grössere Zahl derjenigen, welche höhere und mittlere Schulen besucht haben, ist aber, nach Rumpf, nicht enthaltsam, sei es 1) dass sie geschlechtlich verkehren oder 2) regelmässig oder gelegentlich Unzucht treiben. Um dieses einzuschränken, müsste man, nach Rumpf, die ganze Erziehung mit ihren Anregungen ändern und weit mehr körperlich ermüdende Tätigkeit eintreten lassen. Dass bei vielen Menschen auch bis zum 30. Lebensjahr die Enthaltsamkeit nicht schadet, unterliegt, für Rumpf, keinem Zweifel. Andererseits schadet der frühzeitige Geschlechtsgenuss vor dem 20. Jahr Manchem, wobei neben dem Alter noch viele Nebenumstände in Betracht kommen. Weiterhin stellt sich, nach Rumpf, bei anderen mit der Enthaltsamkeit gegen das 30. Jahr (bald früher, bald später) eine leichte Alteration der Psyche ein, die dem Gebiet der Zwangsvorstellungen am nächsten kommt. Das erstrebenswerte ist, nach Rumpf, allgemeine äussere Lebensverhältnisse zu schaffen, welche es dem Mann ermöglichen gegen das 25. Jahr zu heiraten.

In Beantwortung der ersten Frage teilt mir Herr v. Leyden mit, dass er nach seinen Erfahrungen noch niemals schädliche Folgen von geschlechtlicher Enthaltsamkeit bei jungen Leuten und Männern gesehen hat. Schädlich könnte nur sein eine gewisse Beförderung der Onanie, was v. Leyden selbst jedoch nicht beobachtet hat. Nützlich sofern Ansteckungen vermieden und der sittliche Charakter gestärkt wird. Ad. 2). Bei jungen Männern gegen 30 Jahre, wenn sie vollkommen geschlechtlich abstinent sind, bemerkt man, nach v. Leyden, öfters eine gewisse psychische Abnormität: Aengstlichkeit oder eine gewisse Affektation. Es ist auch möglich, dass sich bei Einzelnen eine durch die Gewohnheit hervorgerufene Furcht vor dem geschlechtlichen Umgange hernach bildet, welche sie verhindern könnte die Ehe einzugehen oder wenn sie verheiratet sind, den geschlechtlichen Verkehr mit der Frau auszuüben.

Herr Heim glaubt, dass die Enthaltsamkeit vom geschlechtlichen Umgang mit dem weiblichen Geschlecht den allermeisten Menschen nicht schädlich ist; bei einzelnen, vielleicht bei mehreren, würden als Folge hysterische Seelenstörungen zu erwarten sein. Zweifellos stellen sich aber häufig derartige und überhaupt nervöse Störungen auf indirektem Wege und zwar durch Masturbation ein. Direkt nützlich (abgesehen von der Vermeidung der venerischen Infektionen) kann die Enthaltsamkeit für den normal beschaffenen Mann, nach Heim, nicht sein, denn der geschlechtliche Umgang ist etwas naturnotwendiges; wir müssen aber an der Forderung festhalten, dass er nur vom vollständig geschlechtsreifen erwachsenen Individuum und mit gesunden Personen gepflogen werde, Bedingungen, die allein in der Ehe am sichersten gewährleistet sind. Zwischen nützlichen und schädlichen Folgen der Enthaltsamkeit liegt noch ein weiter Raum mit allen Uebergängen, die je nach der individuellen Veranlagung näher dem einen oder dem anderen stehen. Die geschlechtliche Enthaltsamkeit kann ohne grössere Ueberwindung ertragen werden, wenn zwei Punkte erfüllt sind: 1) nicht sinnliche Veranlagung und 2) Fernhaltung von lüsternen Gesprächen, Veröffentlichungen, Bildern und Vorstellungen.

Herr v. Grützner teilt mir mit, dass seines Erachtens die geschlechtliche Enthaltsamkeit so gut wie niemals schädlich ist. Sollte sie es vielleicht in ganz einzelnen Fällen sein, in denen grosse geschlechtliche Aufregung ohne geschlechtliche Befriedigung besteht, so ist diese ihre Schädlichkeit — wenn überhaupt vorhanden — geradezu verschwindend gegenüber ihrer Nützlichkeit. Ist es ja doch ganz allgemein bekannt, dass die ge-

schlechtliche Befriedigung — ganz abgesehen von ethischen Gesichtspunkten — eine der häufigsten Ursachen vielfacher und schwerer Erkrankungen bildet.

Herr Meschede erachtet die geschlechtliche Enthaltsamkeit im Allgemeinen nicht für schädlich, vorausgesetzt, dass im Uebrigen eine vernünftige Lebens-Diätetik beobachtet wird. Herr Meschede ist zu dieser Ansicht gekommen: 1) weil ihm in seiner nunmehr 47 Jahre umfassenden praktischen Tätigkeit auf dem Gebiete der Psychiatrie und der gesammten inneren Medizin kein Fall vorgekommen ist, in welchem die Enthaltsamkeit als Ursache psychischer Erkrankung oder schwerer Nervenleiden einwandsfrei nachgewiesen worden wäre; 2) weil unter normalen Verhältnissen der Ausbildung einer sogenannten Samen-Plethora durch natürliche Pollutionen vorgebeugt wird, die gewissermassen als Ventile wirken. Nützlich erscheint die Enthaltsamkeit nach Meschede dadurch, dass sie einen gewissen Schutz gewährt gegen die zwei Hauptleiden, an denen unsere gegenwärtige Generation krankt: gegen Syphilis und Entnervung! Allerdings muss, sagt Meschede, zugegeben werden, dass auch die Enthaltsamkeit schädliche Folgewirkungen haben kann, insofern sie unter Umständen zu unnatürlicher Befriedigung des Geschlechtstriebes verleiten resp. drängen kann. Indess dürfte aber diese Schädigung, nach Meschede, eine viel geringere sein als die ebengenannten, einesteils weil sie seltener eintritt und mehr als Ausnahme zu betrachten ist, anderenteils weil die Schädigung an und für sich keine so tiefgehende und die ganze Konstitution vergiftende zu sein pflegt wie Syphilis und Entnervung. Hierzu kommt noch, nach Meschede, in Betracht, dass bei den auf Conto der Enthaltsamkeit gesetzten Schädigungen diese meist gar nicht die Hauptursache ist, sondern nur eine Nebenrolle spielt.

Herr Neisser ist der Ansicht, dass die allermeisten jungen Männer ohne Schaden an ihrer Gesundheit zu nehmen viel länger als es jetzt der Fall ist sich des geschlechtlichen Verkehrs enthalten könnten. Gewiss, sagt Neisser, muss man zu ihrer Entschuldigung sagen dass überall, nicht nur in den Grossstädten sondern auch auf dem Lande, die jungen Leute durch die allgemeinen Sitten so vorzeitig auf den geschlechtlichen Verkehr hingewiesen und oft geradezu dazu verführt werden, dass man einen Vorwurf gegen sie um so weniger erheben darf, als ja auch unsere ganze Erziehung sich so gut wie gar nicht um diese Fragen kümmert. Aber eine Gesundheitsschädigung würde Herr Neisser, von ganz vereinzelten Fällen abgesehen, in sehr viel länger durchgeführter Keuschheit nicht erblicken, im Gegenteil eine Aufspeicherung von Kraft, die dem ganzen späteren Leben zu Gute kommen würde. Allerdings darf man, nach Neisser, nicht vergessen, dass in der heutigen Zeit namentlich durch das, was in den Grossstädten der Jugend vor Augen geführt wird, die Sinnen- und Gedankenwelt der jungen Leute so sehr von geschlechtlichen Ideen erfüllt wird, dass unter Umständen ein geregelter geschlechtlicher Verkehr immer noch den Perversitäten vorgezogen werden muss, welchen so häufig diejenigen verfallen, die zum geschlechtlichen Verkehr sich nicht entschliessen. Jedenfalls wird, nach Herrn Neissers Erachten, nichts übrig bleiben, als in ganz anderer Weise, als bisher geschehen ist, offen und ehrlich alle diese Fragen des geschlechtlichen Verkehrs und namentlich ihre Gefahren mit der Jugend zu besprechen, da die absolute Unkenntnis all' dieser Verhältnisse eine grosse Rolle spielt und grossen Schaden anrichtet. Im übrigen erblickt Herr Neisser im Geschlechtsverkehr für den gesunden Mann nichts verwerfliches, sondern nur die selbstverständliche Ausübung einer normalen körperlichen Funktion.

Herr Hoche hält es für nicht richtig, dass ein gesunder junger Mann durch geschlechtliche Enthaltsamkeit geschädigt wird; er hält es weiter für nicht richtig, dass bei geschlechtlicher Enthaltsamkeit eine Nötigung zur Onanie besteht. Es ist nach Hoche sicher, dass eine grosse Zahl von Jünglingen und Männern dauernd den Beweis erbringt, dass ein geschlechtlich enthaltsames Leben ohne jede Schädigung der Gesundheit möglich ist. Zuzugeben ist, sagt Hoche, dass einzelne krankhaft disponierte Individuen vorkommen die durch einen unbefriedigten Geschlechtstrieb in ihrer Leistungsfähigkeit beeinträchtigt werden und nervösen Beschwerden mancherlei Art ausgesetzt sind. Die Gründe dieser Erscheinung sind, nach Hoche, darin zu suchen, dass bei diesen Individuen eine abnorm gesteigerte sexuelle Reizbarkeit einhergeht mit einer ebenfalls abnormen Widerstandsunfähigkeit auch gegenüber anderen Entbehrungen, gleichviel welcher Art oder gegen Hemmungen und Durchkreuzungen des Willens auf anderen Gebieten. Diese Art von Individuen findet sich vor Allem in der Reihe der konstitutionell Psychopathischen. Natürlich, sagt Hoche, lässt sich aus der Existenz dieser Individuen (die Gegenstand ärztlicher Behandlung sind oder sein sollten) keinerlei für die Allgemeinheit gültiger Schluss ableiten, für welche vielmehr der oben an erster Stelle ausgesprochene Satz seine volle Gültigkeit behält.

Nach Herrn Weber ist die geschlechtliche Enthaltsamkeit für junge Männer nicht nur nicht schädlich, sondern im Gegenteil nützlich, denn die Enthaltsamkeit hebt die Willenskraft und stärkt die Selbstbeherrschung, wie das moralische Gefühl. Die Natur hat durch das Eintreten von Pollutionen dafür gesorgt, dass der erzeugte Samen abgeführt wird, ohne dass überhaupt ein geschlechtlicher Verkehr stattzufinden braucht. Diese Pollutionen reichen, nach Weber, aus, um schädliche Einflüsse, welche durch Zurückhaltung des Samens herbeigeführt werden könnten, zu verhindern. Deshalb wird ein Mann, der weder durch geschlechtlichen Verkehr noch durch Onanie seinen Samen abführt, nicht an seiner Gesundheit geschädigt. Es stehen Herrn Weber in dieser Beziehung eine ganze Reihe von Erfahrungen zu Gebote.

Professor W. M. Tarnowsky in seiner Antwort auf meine Anfragen teilte mir mit, dass seine Ansichten über die sexuelle Enthaltsamkeit in der Jugend ausführlich dargelegt sind in seinem Buche „Geschlechtliche Reife“ welches die Jugend mit dem Geschlechtsleben und mit den damit verbundenen Gefahren bekanntmacht. Und in der Tat finden wir in diesem Buche [3]) eine ganz klare und präzise Darlegung des Standpunktes des Autors. Wir erlauben uns eine möglichst detaillierte Resümierung derselben, um so mehr, als das genannte Buch zur Zeit eine bibliographische Seltenheit darstellt.

„Eine zweckmässige Erziehung und eine entsprechende physische und moralische Entwickelung des Kindes sind am ehesten imstande die rechtzeitige geschlechtliche Reifung und ihren regelmässigen Verlauf zu fördern“. „Der Geschlechtsverkehr soll beim Manne anfangen nur zur Zeit der Mannbarkeit, die nicht früher, als 5—6 Jahre nach der Geschlechtsreife eintritt“. „Sexuelle Enthaltung in der Periode vor dem Eintritt voller Mannbarkeit bringt immer unzweifelhaften Nutzen dem in Entwicklung begriffenen Organismus“. „Vor dem Beginn des Geschlechtsverkehrs wird die Enthaltung unvergleichlich leichter ertragen, als nach der Bekanntschaft mit dem

---

[3]) W. M. Tarnowsky. Die geschlechtliche Reife, 2. verbesserte und vermehrte Ausgabe. St. Petersburg. 1891. (Russisch).

sexuellen Akt. Je früher deshalb der erste Beischlaf stattfindet, desto eher folgen dann geschlechtliche Exzesse und kommen die damit verbundenen krankhaften Erscheinungen". „Frühzeitiger Geschlechtsverkehr äussert eine deletäre Wirkung auf die Moralität, hemmt die physische Entwicklung des Jünglings, der infolgedessen nur eine schwächliche Nachkommenschaft erzeugen kann". „Missbrauch des Geschlechtsverkehrs im frühen Alter stört in erster Linie die Geschlechtsfähigkeit, indem er dieselbe schwächt und den Zeitraum der sexuellen Potenz kürzer macht". (Tarnowsky, S. 255—256). Was die Zeit des Eintrittes der geschlechtlichen Reife anbelangt d. h. der ersten Samenergüsse, so wird sie zwischen den 14. und 16. Jahren beobachtet. (S. 3). Die Samendrüsen erreichen ihre volle Entwickelung, ungefähr im 25. Lebensjahre; die physische Entwickelung ist zu dieser Zeit fast beendet. (S. 3). Während dieser Lebensperiode, sog. Periode der Mannbarkeit (nubilitas — von nubere, in die Ehe treten, im direkten Sinne des Wortes, — Fähigkeit zur Ehe) ist der Mensch am meisten fähig zur Geschlechtstätigkeit, befindet sich, als Zeuger, in den günstigsten Bedingungen. (S. 4). „Nur vom 25. Jahre an ist der Mensch völlig reif und zur Geschlechtsbetätigung fähig", nur von diesem Momente steht er in der am meisten vorteilhaften Lage zur Fortsetzung der Gattung und nur seit dieser Zeit kann die Enthaltung einen ungünstigen Einfluss auf einen gesunden Organismus haben" (Kursiv des Autors S. 5). Worin aber dieser Einfluss sich äussert, — darüber finden wir keine Anweisungen in dem Buche des geehrten Autors.

Prof. W. D. Orlow findet, dass bei der Entscheidung der hier gestellten Fragen eine Reihe von Bedingungen in Betracht genommen werden müssen, wie Alter, häusliche Erziehung, individueller Charakter etc. Für eine gesunde Person, aus gesunder Familie, mit normal entwickelter Psyche stellt W. D. Orlow folgende Thesen auf: 1) Der Mann soll ebenso keusch sein, wie die Frau. Prof. Orlow kennt persönlich solche Ehen. 2) Bei regelmässigem Lebenswandel kann eine völlige Enthaltung nicht schaden, insbesondere in Jünglingsjahren. 3) Unenthaltsamkeit in Sachen des Geschlechtsverkehrs, besonders aber Perversion des geschlechtlichen Gefühls, kann nur schädlich sein. Herrn W. D. Orlow's Meinung ist die, dass man der jungen Generation Keuschheit einprägen sollte.

Der Psychiater in Tomsk M. N. Popow hält die geschlechtliche Enthaltsamkeit unbedingt nützlich für den Mann und den Jüngling, weil sie ihm „Munterkeit, Lebensfrische, Energie bewahrt, heitere Stimmung bewirkt und ihn zum Altruismus neigt. Eine Armee, die keine Frauen duldet, — ist immer heldenmütig. Die Frau soll nur dann bei der Armee geduldet werden, wenn es nicht Not tut einen Heroismus zu entfalten". M. N. Popow hält die Enthaltsamkeit für alle Zeiten und alle Lebensalter nützlich. Auf Grund persönlicher Erfahrung, hält Popow für möglich sich zu äussern, dass schwächliche Individuen, Psychopathen, Neurastheniker hätten lieber — mit grossem Nutzen für sie selbst sowohl wie für ihre Nachkommen — nie in geschlechtlichen Verkehr mit Frauen getreten wären". Wenn auch manchmal solche Individuen nach dem Coitus eine gewisse Erleichterung finden, so dauert dieselbe nur eine kurze Zeit, um dann, nach M. N. Popow, immer einem verschlimmerten Selbstgefühl Platz zu machen".

Der Psychiater Prof. L. W. Blumenau meint, dass in den reiferen Jahren die geschlechtliche Enthaltsamkeit weder als normal, noch als nützlich betrachtet werden muss. In den meisten Fällen solcher Enthaltsamkeit handelt es sich ja, nach Prof. Blumenau, um Onanismus, also — um Missbrauch". „Aber mit diesem Vorbehalt", sagt L. W. Blumenau, „darf ich äussern, dass sowohl meine persönliche Beobachtungen, als Tatsachen, die mir aus der speziellen Literatur bekannt sind, mich schon längst überzeugten, dass im Allgemeinen die sexuelle Enthaltung zu keinen ernsten nervösen Störungen führt. Diejenigen Individuen, die ihre Nervenleiden mit Enthaltung in Verbindung bringen, sind meistens erbliche Neuropathen; bei ihnen ist auch die Onanie schädlich, da sie leicht die erlaubten Grenzen überschreiten". Jedoch glaubt Blumenau, selbst für solche Personen sind Enthaltung und Onanismus viel weniger deletär, als die Gefahr einer syphilitischen Ansteckung. Im ersten Falle erschöpft sich die Sache mit einer funktionellen Störung; im zweiten aber droht eine organische Erkrankung des Nervensystems.

Der Physiologe S. I. Tschiriew fühlt sich nicht in der Lage „das physiologische Alter" zu bestimmen, „wo die geschlechtliche Reife eintritt", weil alles von der Entwickelung des Individuums und den Bedingungen seiner Erziehung abhängt. „Sobald die geschlechtliche Erregbarkeit sich frühzeitig regt und besonders wenn die Befriedigung der sexuellen Bedürfnisse sich in einer unnatürlichen Form gestaltet (z. B. in Form der Masturbation), was zur raschen Erschöpfung des spinalen geschlechtlichen Zentrums führt", so empfiehlt S. I. Tschiriew „eine Art sexueller Diätetik, Abbrechen mit der anormalen geschlechtlichen Befriedigung und wenn möglich, Anwendung kalter Douchen auf den Rücken". Prof. Tschiriew erwartet auch keinen Schaden von der sexuellen Enthaltung sogar bis zum 30. Lebensjahre, wenn nur nicht dabei öftere Pollutionen eintreten. Jedenfalls hält es Prof. Tschiriew für möglich als Regel aufzustellen, dass die Geschlechtsschwäche öfter nach sexuellen Exzessen, als infolge von Enthaltung eintritt.

Prof. W. Tschish hält es für zweckmässig die obengestellten Fragen folgendermassen zu zergliedern: 1) Ist eine absolute sexuelle Enthaltsamkeit nützlich oder schädlich für einen Jüngling oder einen Mann, der noch das Geschlechtsleben nicht betreten hat; 2) ist eine absolute sexuelle Enthaltsamkeit nützlich oder schädlich für einen Jüngling oder einen Mann, der schon geschlechtlich funktioniert hat, 3) ist eine absolute sexuelle Enthaltsamkeit nützlich oder schädlich für einen Jüngling oder einen Mann, der an sexueller Neurasthenie (im weiteren Sinne dieser pathologischen Erscheinung) leidet. Auf die erste Frage antwortet Prof. Tschish in folgender Weise: Absolute sexuelle Enthaltsamkeit ist unbedingt mehr nützlich, als schädlich. Die Gefahr sich eine venerische Krankheit zuzuziehen ist immer so gross, dass auch diejenigen, die die sexuelle Enthaltung für schädlich erklären, doch zugeben müssen, wie Tschish meint, dass dieser Schaden viel unbedeutender sei, als die deletäre Folgen von dem Tripper und der Syphilis. Die sexuelle Enthaltung bis zum 25.—28. Jahre soll, nach W. Tschish, keinen schädlichen Einfluss ausüben, worin er sich auf Grund von Beobachtungen überzeugen konnte. Er sah junge Leute, die, obwohl sie das Geschlechtleben noch nicht angefangen hatten, sich blühender Gesundheit erfreuten. Höchstens dass sie über erotische Anwandlungen klagten, manchmal auf mangelhaften Schlaf, besonders im Frühling. Schwieriger ist es, nach Tschish, zu entscheiden, inwiefern die sexuelle Enthaltung nach dem 25.—28. Jahre schadet, d. h. gegen das Ende der Jugendjahre. Gesunde Leute, die sexuell keusch bleiben auch nach dem 25.—28. Jahre, giebt es sehr wenige. Wir sind also auf Mädchen angewiesen. Man sollte aber nur mit grosser Vorsicht Beobachtungen an Mädchen auf keusche Männer übertragen. „Man könnte glauben, sagt Tschish, dass sexuelle Enthaltsamkeit nach dem

25.—28. Lebensjahre vorzeitiges Abwelken, Blutarmut, eine eigentümliche Reizbarkeit des Charakters, sogar Veränderungen desselben hervorruft: es entwickelt sich eine Bosheit, Misstrauen, Unzufriedenheit mit der Umgebung, Einseitigkeit, es entstehen wenig motivierte Anhänglichkeiten u. s. w. Diese Symptome seitens des Nervensystems werden beobachtet, nach Tschish, in den meisten Fällen, die Veränderungen im Organismus, soviel ihm bekannt ist, sind sogar konstant. Dessenungeachtet, ist der Schaden, den die sexuelle Enthaltung anrichtet, doch von geringer Wirkung auf den allgemeinen Gesundheitszustand, denn die Jungfräulichen beiderlei Geschlechts leben bis zu einem sehr hohen Alter und ertragen die Infektionskrankheiten ebenso gut, wie diejenigen, die den Coitus übten. Da sie dabei frei von venerischen Krankheiten sind, so begegnen wir bei ihnen Nervenerkrankungen auf organischer Grundlage seltener, als bei Personen, die geschlechtlich funktionierten. — Auf die zweite Frage antwortend, meint Prof. Tschish, dass „die sehr verbreitete Ansicht über den Schaden der sexuellen Enthaltsamkeit nur in Bezug auf diejenigen Personen richtig sei, die schon das Geschlechtsleben betraten. „In der Tat“, sagt Tschish, „belästigt die sexuelle Enthaltung solche Personen so weit, dass sie fast alle, nach einem mehr weniger langen Kampf, zum geschlechtlichen Verkehr zurückkehren. Eine dauernde Enthaltung bei Personen, die schon den Coitus ausübten, ruft nervöse Störung hervor, depressive Stimmung, Sinken und Schwächung der Energie. „Was Personen anbetrifft, die an sexueller Neurasthenie leiden, so hält für sie Prof. Tschish die Enthaltung unbedingt nützlich. Er empfiehlt allen Neurasthenikern überhaupt sexuelle Enthaltung. Manche von ihnen klagen zwar, dass bei ihnen die sexuelle Enthaltung Kopfschmerzen, Schlaflosigkeit, allgemeine Unruhe, erotische Stimmung u. s. w. hervorrufe. Aber Prof. Tschish machte wiederholt die Beobachtung, dass der Zustand der Neurastheniker, die von erneuertem Coitus Erleichterung erwarteten, sich immer bedeutend verschlimmerte. Im Gegenteil, Neurastheniker, die auf geschlechtlichen Verkehr verzichteten, sich erholten und sogar genasen. Bei Jünglingen übt, nach Tschish, die Enthaltsamkeit einen ausserordentlich günstigen Einfluss auf das geistige Leben.

Prof. L. O. Darkschewitcz sah, während seiner ganzen klinischen Tätigkeit, keinen einzigen Fall, wo er sagen könnte, dass eine bestimmte Nervenstörung als Folge sexueller Enthaltung betrachtet werden könnte bei Personen in dem Alter, wo man bei uns (in Russland) gewöhnlich heiratet. Andererseits, begegnet L. O. Darkschewitcz im letzten Jahrzehnte immer öfter und öfter solchen jungen Leuten, die, nach Erreichung des 22.—25. Lebensjahres, die sexuelle Abstinenz fortsetzten, sei es aus ethischen Gründen, sei es aus Furcht eine venerische Krankheit zu acquirieren. Aus der Befragung solcher Personen überzeugte sich L. O. Darkschewitcz immer, dass für sie die sexuelle Enthaltung niemals die Quelle nervöser Störungen war. Er bemerkte auch, dass die meisten jungen Leute eine ganz unrichtige Vorstellung über die Funktionen des Geschlechtsapparates haben. Nach Prof. Darkschewitcz empfinden die meisten jungen Leute eine unüberwindliche Furcht vor Samenverlusten, die sie für das erste Symptom einer Erkrankung halten, die auf Grund sexueller Enthaltung entstehe. Um die Pollutionen im weiteren vorzubeugen, entschliessen sie sich zu einem Coitus, obwohl sie bekennen, dass ihre Neigung dazu jedenfalls nicht unüberwindlich zu nennen ist. Sehr oft kamen auch solche Fälle vor, sagt Prof. Darkschewitcz, wo junge Leute, die schon im 14.—16. Jahre regelmässigen Coitus übten und sogar sich Exzesse erlaubten, sich dann eine selbständige und ganz bestimmte Ansicht über die sexuelle Enthaltung machten, allmählich vom Coitus sich entwöhnten und bis zur Eheschliessung eine abstinierende Lebensweise führten. L. O. Darkschewitcz hält es jedoch für irrig, wenn man in der Frage des geschlechtlichen Triebes einen und denselben Maassstab auf alle Fälle anwendet. Gerade in dieser Sphäre spielt Individualität eine bedeutende Rolle. Er beobachtete nicht selten Personen, welche, trotz ihrem Streben ein enthaltsames Leben zu führen, nicht die Willenskraft dazu hatten, um das von ihnen gehegte Ideal der Keuschheit zu verwirklichen. L. O. Darkschewitcz resümiert seine Meinung in folgenden Worten: „In unserem Lande, wo die Ehen verhältnissmässig früh geschlossen werden (ungefähr im 25. Jahre), ist das Ideal eines keuschen vorehelichen Lebens nicht nur theoretisch ganz erreichbar, sondern wird auch in der Wirklichkeit sehr oft erzielt. Viele verzichten infolge ihrer individuellen Eigentümlichkeiten auf den Kampf um jeden Preis mit ihren vorehelichen sexuellen Neigungen. Es giebt aber, auf der andern Seite, nicht wenige Leute, die ganz bestimmten Prinzipien zufolge ihren ersten Coitus nach der Eheschliessung übten. Und gerade diese letzteren merkten bei sich absolut Nichts, was zu irgend einer Krankheit Beziehung hätte und in einer unzweifelhaften Verbindung stände mit ihrer geschlechtlichen Enthaltsamkeit in den jüngeren Jahren“.

Prof. Selenew erachtet die sexuelle Enthaltsamkeit unbedingt nützlich für Männer und Jünglinge. Er sah niemals schädliche Folgen davon weder bei den Einen, noch bei den Andern. Nach Prof. Selenew äussern eine besondere Ausgelassenheit in geschlechtlicher Hinsicht gewöhnlich Personen mit tiefen Veränderungen im Zentralnervensystem.

Ganz vereinzelt steht in der ganzen Frage Prof. Erb.

Nach Erb liegt die Sache für Schüler und ganz junge Leute ganz anders als für vollreife, jugendliche Männer, etwa vom 20.—21. Lebensjahre an. Was für jene noch ganz unschädlich sein kann, ist für diese vielleicht schon schädlich. Im übrigen verweist Erb auf seine Arbeit: „Bemerkungen über die Folgen der sexuellen Abstinenz“ in der „Zeitschrift für Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten“ (Band II, Nr. 1). In dieser Arbeit beschreibt Erb einige Fälle, wo die Enthaltsamkeit deutlichen Schaden der Gesundheit brachte, und sagt dass diese Fälle sich wohl leicht vermehren liessen, doch ist ihre Beurteilung oft recht schwierig; die Verhältnisse liegen sehr kompliziert, und häufig wird die Reihenfolge der Erscheinungen, ob primäre oder sekundäre Onanie und dergl. nicht sicher festzustellen sein. Es scheint Herrn Erb kaum zweifelhaft, dass auch gesunde Männer mit regem Geschlechtstrieb durch die Enthaltsamkeit geschädigt, dass sie jedenfalls sehr belästigt und in ihrer psychischen Leistungsfähigkeit, in ihrer Arbeitslust, Stimmung u. s. w. entschieden beschränkt werden; wie häufig daraus wirklich Krankheit entstehen mag, entzieht sich Erb's Beurteilung. Zweifellos aber gilt dies, nach Erb, in höherem Grade für neuropathisch belastete Individuen, deren Zahl ja ausserordentlich gross ist; dieselben sind häufig von Hause aus mit einem besonders regen Geschlechtstrieb ausgestattet und leiden durch dessen unbefriedigte Anforderungen, durch Pollutionen, Zwangsonanie, Störung der Nachtruhe und der Arbeitsfähigkeit, auch durch die Entwickelung der verschiedenen Formen „sexueller Neurasthenie“ in hohem Masse. Aber das sind, nach Erb, wirklich Kranke, die einer gesonderten Beurteilung und Behandlung bedürfen und für welche wohl auch gerade die Aufnahme eines geregelten sexuellen Verkehrs nicht immer leicht und von heilsamer Wirkung ist.

Herr C. Fränkel stimmt im allgemeinen dem Urteil von Erb zu, dass ohne Zweifel eine erhebliche Zahl von Jünglingen und Männern die geschlechtliche Enthaltsamkeit durchführen könnte, ohne irgend einen nachteiligen Einfluss des Verzichtes auf den geschlechtlichen Genuss zu verspüren, dass es aber doch eine gewisse Anzahl von Individuen, namentlich solche mit gesteigerter nervösen Empfindlichkeit u. s. w. gibt, für die der Verkehr mit dem anderen Geschlecht geradezu als eine Notwendigkeit erscheint".

Ich zitierte, womöglich wörtlich, die Meinung verschiedener Gelehrten über den Einfluss sexueller Enthaltsamkeit auf die Gesundheit. Dabei ist es höchst in die Augen springend, dass alle Autoren ohne Ausnahme die sexuelle Enthaltsamkeit unschädlich erachten für junge Leute bis zum 20. Lebensjahre. Was ältere, als 20 Jahre, Personen betrifft, so wird auch hier von den meisten Autoren die schädigende Wirkung verneint.

Ich glaube Alles oben erörterte in folgenden Worten resümieren zu können:

Die Jugend sollte enthaltsam sein. Enthaltsamkeit schadet ihr keineswegs. Im Gegenteil sie ist nützlich. Wenn unsere junge Leute abstinent bleiben und ausserehelichem Geschlechtsverkehr ausweichen, so bewahren sie in Reinheit das hohe Ideal der Liebe zur Frau und werden nicht anheimfallen den venerischen Krankheiten.

Protokolle

des deutschen ärztl. Vereins zu St. Petersburg.

1349. Sitzung am 23. Oktober 1906.

Kernig hält seinen angekündigten Vortrag: Ueber die Beugekontraktur im Kniegelenk bei Meningitis. (Wird im Druck erscheinen).

Diskussion:

Lunin hat bei Kindern auf das Symptom geachtet, es im Liegen geprüft und meistens gefunden; Zahlenangaben kann er im Augenblick nicht machen. Das Fehlen des Symptoms ist eine Ausnahme. Bei epidemischer Zerebrospinalmeningitis ist das Symptom immer zu finden.

Wanach hat in chirurgischen Fällen bei sekundärer Meningitis immer dem Kernig'schen Symptom eine führende Rolle in der Diagnose, eine entscheidende für das chirurgische Handeln zuerkannt. Im Allgemeinen kann er seinen Standpunkt folgendermaassen formulieren: Ist das Kernig'sche Symptom nachzuweisen, so ist sicher Meningitis vorhanden, fehlt es, so ist die Meningitis zweifelhaft.

Kroug: Dass das Zurückfallen des Oberkörpers beim Ausgleichen der Kontraktur von Wennagel als Maassstab genommen wird, ist nicht ganz unberechtigt. Beim Aufsetzen aus liegender Stellung sei immer eine Tendenz zu Kontrakturen im Knie vorhanden, bei Meningitis könne daher eine Phase des Phaenomens vielleicht als Maasstab herausgenommen werden.

Kernig: Zur Beurteilung des Symptoms darf man nicht verschiedene Maasstäbe anwenden. Wennagel's Folgerungen können nur auf einem Missverständnisse beruhen. Es muss strengstens auf das Innehalten des Winkels von 90—100° zwischen Rumpf und Oberschenkel geachtet werden.

Masing bedauert, dass keine Sektions- und mikroskopischen Befunde vorliegen, welche vielleicht zur Erklärung des Symptomes beitragen könnten. Die Pyramidenbahnen kämen in ihrem Verlaufe zweimal nahe an die Oberfläche heran in die Nähe der Meningen, in den Hirnschenkeln und in der Oblongota wo ein entzündlicher Prozess leicht auf ihre Fasern übergreifen könnte. Die Roglet'sche Erklärung befriedigt ihn gar nicht.

Henking: Es ist auffallend, dass Roglet so spät auf die zweigelenkigen Muskeln am Knie die Aufmerksamkeit gelenkt hat. Das Kernig'sche Symptom wird gefunden bei falscher Anwendung. Zur richtigen Prüfung bedarf es genauer Befolgung der Regeln wie sie Kernig gegeben hat.

Kernig: Dieses Verfahren sei fehlerhaft, zumal mit dem Becken immer Verschiebungen vorkommen. Er betone daher ausdrücklich die Ausführung der Prüfung nach seiner Methode d. h. im Sitzen mit herabhängenden Unterschenkeln. Kernig hat das Symptom auch bei streng lokalisierter sekundärer zerebraler Meningitis gefunden, wie z. B. nach Sinusthrombose.

Westphalen bittet den Vortragenden für die Drucklegung noch schärfer seine Prüfungsmethode hervorzuheben, da bei Anwendung anderer Methoden Missverständnisse entstehen können. So käme schon bei Gesunden und bei Menschen, welche lange bettlägerig gewesen, eine Kontraktur im Knie zustande, wo die Prüfung durch Druck auf die Kniegelenke und dadurch herbeigeführtes Zurückfallen des Oberkörpers zu falschen Schlüssen führen könne. Ferner betont er, dass Meningitis zerebralis und spinalis schwer getrennt werden können, es sei denkbar, dass eine spinale Meningitis sich streng lokalisiere, eine zerebrale muss stets mit einer spinalen vergesellschaftet sein, wie das auch die Lumbalpunktion beweise.

Kroug: Die Hypertonie der Muskeln, welche der Kernig'schen Kontraktur zu Grunde liegt, bleibt in ihrem Wesen vorläufig noch dunkel. Ihr Spiegelbild, die Hypotonie der Muskeln bei Tabes, sei uns verständlicher.

Kernig: Die Hypotonie bei Tabes sei nicht nur durch eine Erschlaffung der Muskeln, sondern auch durch Alteration anderer Gewebe, so der Gelenke und deren Bänder, zu erklären. Ein Tonus der Muskeln muss bestehen, obgleich neuere Physiologen einen solchen in Abrede stellen.

Westphalen: Die Hypotonie ist im Kindesalter eine physiologische Erscheinung und erklärt es wohl, warum in einigen Fällen von Meningitis bei ihnen kein Kernig'sches Symptom gefunden wird.

Direktor: W. Kernig.
Sekretär: E. Michelson.

Mitteilungen

aus der Gesellschaft praktischer Aerzte zu Riga.

Sitzung vom 18. Oktober 1906.

Anwesend 38 Mitglieder und 8 Gäste: DDr. Andreas, Cossard, Pacht, Jankowsky, Devrient, Maximowitsch, Girgenson, Mende.

Das Protokoll der letzten Sitzung wird verlesen und angenommen.

Punkt 1 der Tagesordnung: Dr. Cossard (als Gast) stellt einen Patienten vor, der in der chirurgischen Abteilung mit Bier'scher Stauung behandelt worden ist. Es handelt sich um eine schwere Verletzung durch eine Bierflasche am Unterarme über dem Handgelenk mit Durchschneidung der Flexorensehnen, des Nervus und der Arteria ulnaris. Sämmtliche durchtrennten Teile wurden ca. 12 Stunden nach der Verletzung durch Naht vereinigt, dann auch die äussere Verletzung ohne Tamponade vernäht. Ferner wurde keine Schiene angelegt, sondern nach Bier gestaut. Die Temperatursteigerung die bis 38,5 vorhanden war, fiel dabei nach einigen Tagen ab, doch sei es natürlich nicht mit Sicherheit anzugeben, dass die Infektion durch die Stauung überwunden sei, er habe aber den Eindruck, dass dieselbe in diesem Falle sehr günstig gewirkt habe. Das funktionelle Resultat ist in kurzer Zeit ein überraschend gutes, Patient steht noch in Medico-mechanischer Behandlung bei Dr. von Sengbusch und ist volle Wiederherstellung zu erwarten.

Dr. von Bergmann hebt hervor, dass das schmerzstillende Moment der Stauung einwandsfrei feststehe, wie weit aber eine Verhinderung der Infektion durch dieselbe erzielt werde, sei wohl noch sehr fraglich, auf dem letzten Chirurgen-Kongress in Berlin wurde der Stauung auch diese Eigenschaft nachgerühmt. Im Krankenhause würden jetzt Versuche bei geeigneten Fällen angestellt, doch hält er die grösste Vorsicht bei Anwendung der Stauung bei Eiterungen für geboten und stehe ihr selbst skeptisch gegenüber.

Dr. Paul Klemm hält gerade das schmerzstillende Moment der Stauung für sehr gefährlich, es würden bei Anwen-

dung derselben die Patienten häufig abgehalten sich frühzeitig genug zur Operation zu stellen. Für eine hoffentlich bald überwundene Modekrankheit erklärt er die Bier'sche Stauung. Bei der Tuberkulose der Gelenke habe er früher viele und lange Versuche vergebens angestellt, bei akuten eitrigen Prozessen die Stauung selbst allerdings nicht angewandt, da sein chirurgisches Empfinden sich dagegen sträube.

Dr. von Bergmann betont, dass Lexer auf dem gleichen Standpunkt wie Dr. P. Klemm steht, es sei aber wohl sicher beobachtet, dass unter der Stauung Lymphangoitiden schnell und schmerzlos zurückgehen.

Punkt II der Tagesordnung. Dr. Paul Klemm hält seinen angekündigten Vortrag über die Darminvagination (derselbe erscheint in der Deutschen Zeitschrift für Chirurgie).

Die Diskussion wird auf die nächste Sitzung verschoben.

d. Z. Sekretär: Dr. R. von Sengbusch.

Dr. Gustav Hirsch †.

Am 7. März verschied der Leibchirurg Seiner Majestät des Kaisers Wirklicher Geheimrat Dr. Gustav Hirsch. Sein Tod bedeutet eine Lücke in der Aerztewelt, die nicht leicht auszufüllen sein wird. Die hohe verantwortliche Stellung musste seiner wissenschaftlich-medizinischen Tätigkeit gewisse Schranken auferlegen, sie erlaubte ihm keine intensive und ausgedehnte Arbeit auf dem Gebiet der praktischen Medizin, wenn er ihr auch immer ein reges Interesse entgegenbrachte und ihren Fortschritten folgte; wenn er in einem der ärztlichen Vereine erschien, beteiligte er sich regelmässig an den Diskussionen. Was aber Hirsch uns so wertvoll machte und ihm unsere Achtung errang, das war die Reinheit, Schlichtheit seiner Persönlichkeit, die er sich trotz seiner hohen und machtvollen Stellung bewahrt hatte. Wenn er seinen Einfluss geltend machte, so war es stets für eine gerechte und gute Sache.

Ueber seinen äusseren Lebenslauf ist folgendes zu sagen. Hirsch wurde am 23. Juli 1828 in Estland geboren, besuchte das Gymnasium in Reval und studierte 1848—1853 an der Mediko-Chirurgischen Akademie in St. Petersburg, war dann Militärarzt in Polen, wo er 1854 sein Doktorexamen machte. Als Arzt machte er den Krimkrieg mit, diente dann in Petersburg bei dem Leibgrenadier-Regimente, machte als Oberarzt des Moskauschen Regimentes die Expedition zur Unterdrückung des polnischen Aufstandes mit und war 1865—1866 Oberarzt des Krassnosselschen Hospitals. Dann wurde er Arzt des damaligen Thronfolgers, späteren Kaisers Alexanders III. Er blieb Leibarzt Seiner Majestät des Kaisers Alexander III. bis zu dessen Tode und verblieb in derselben Stellung bei Seiner Majestät dem jetzt regierenden Kaiser Nikolaus II., dessen Person er bis zuletzt eng attachiert geblieben ist. — Ausserdem war Hirsch Mitglied des Gelehrten Militär-Medizinischen Komitees, des Medizinalrats im Ministerium des Innern, Gründer und Präsident der Gesellschaft zur Pflege von Geisteskranken, Ehrenpräsident des Evangelischen Hospitals und des Evangelischen Feldlazaretts, Ehrenmitglied des Samariter-Vereins, des Vereins der St. Petersburger Aerzte, und des Deutschen ärztlichen Vereins, der Pharmazeutischen Gesellschaft in Riga u. s. w., Mitglied der Psychologischen Gesellschaft in Paris und der Gesellschaft zur Bekämpfung der Tuberkulose in Berlin.

Am 10. März wurde Hirsch bestattet.

Wir setzen hierher noch die Worte, die an seinem Grabe im Namen des Vereins St. Petersburger Aerzte und des Deutschen Aerztlichen Vereins von Dr. Blessig gesprochen wurden:

«Im Namen der Berufsgenossen sei dem Manne, dessen Ruhestatt wir hier umstehn, ein letztes ehrendes Wort nachgerufen. Der Verein St. Petersburger Aerzte und der Deutsche ärztliche Verein, sie beide betrauern in dem Heimgegangenen ihr Ehrenmitglied, ersterer zugleich einen seiner Stifter. Mit Stolz durften wir ihn den Unsren nennen! In ihm schätzten wir nicht nur den Arzt, den Kollegen, wir verehrten den ganzen Mann in der unwandelbaren, unbestechlichen Treue seines Wesens. Ein Ehrenmann war er durch und durch, nicht ein Mann der äussern Ehren, wenngleich auch solche ihm in reichstem Maasse zu Teil wurden. Ob seine ärztliche und dienstliche Laufbahn ihn auch so hoch hinaufgeführt hatte, wie nur selten Einen — er blieb doch stets der Gleiche, sich und seiner Gesinnung treu. Unter all' dem Ordensschmuck, der wie ein Panzer seine Brust bedeckte schlug immerdar ein schlichtes, ehrliches Herz. Und so hinterlässt er uns auch sein Bild: einheitlich, wie aus einem Guss, gediegen wie Erz und lauter wie Gold, gross in seiner Schlichtheit. — Und wenn wir unter dieses sein Bild ein Wort setzen wollten, so sollte es dieses sein: Integer vitae— Ehre deinem Andenken, du edler Vertreter unseres Standes, du treuer Diener deines Herrn und Kaisers und Deines Berufs, du guter Mensch!».

Berichtigung.

In Nr. 10, Seite 94, Spalte 1, Zeile 16 von oben muss es, statt Tiflis, — Tilsit heissen.

Tagesnachrichten.

Personalia.

— Aus Wiesbaden kommt die Trauerkunde, dass Professor Dr. Ernst von Bergmann, an den Folgen einer Operation am 12./25. März dort verschieden ist. Einen ausführlichen Nekrolog behalten wir uns für die nächste Nummer vor.

— Goldene Hochzeit. Am 7. März beging, dem «Rev. Beob.» zufolge, der allgemein beliebte langjährige frühere Kirchspielsarzt des Klein-Marienkirchspiels in Estland, Dr. Otto Hoffmann, mit seiner Gemahlin Bethy, geb. Baumann, in Dorpat das seltene Fest der goldenen Hochzeit. Dr. Hoffmann, der am bevorstehenden 21. April sein 75. Lebensjahr erreicht, feiert in diesem Jahre auch sein 50 jähriges Doktorjubiläum.

— Sein 50-jähriges Doktorjubiläum beging am 10./23. März der bekannte Kliniker Geheimrat Dr. Hermann Senator, ordentlicher Honorarprofessor und Direktor der medizinischen Poliklinik an der Berliner Universität. Der Jubilar steht gegenwärtig im 73. Lebensjahre.

— Am 2. März vollendeten sich 35 Jahre der ärztlichen Tätigkeit des älteren Ordinators Dr. Ernst Dreypölcher am hiesigen städtischen Obuchowhospital. Aus diesem Anlass wurde der Jubilar seitens der Stadtverwaltung durch den Präsidenten der Hospitalkommission Prof. Dr. A. Lebedew und den Kurator des Obuchow-Hospitals, sowie von den Kollegen und Dienstgenossen beglückwünscht. Den zahlreichen Gratulationen schliessen auch wir uns post festum an.

— Auf eine 25-jährige Tätigkeit als ordentlicher Professor kann in diesen Tagen der Direktor der Frauenklinik an der Bonner Universität, Geh. Medizinalrat Dr. Heinrich Fritsch, zurückblicken.

— Der Gehülfe des Obermedizinalinspektors, wirkl. Staatsrat Dr. Bulatow, welcher auch die Obligenheiten eines medizinischen Kurators des mediko-philanthropischen Komitees ausübte, ist gemäss der Wahl als Vizepräses des genannten Komitees für das laufende Triennium bestätigt worden, unter Belassung in der Stellung eines Gehülfen des Obermedizinalinspektors.

— Dem Prof. ord. der militär-medizinischen Akademie, wirkl. Staatsrat Dr. Ssirotinin, ist der St. Wladimirorden III. Klasse verliehen worden.

— Prof. Dr. Emil Krückmann in Leipzig hat den Ruf an die Universität Königsberg als ordentlicher Professor und Direktor der Augenklinik anstelle des nach Bonn berufenen Professors Dr. H. Kuhnt angenommen.

— Der ordentliche Professor der Physik an der militär-medizinischen Akademie, beratendes Mitglied des militär-medizinischen gelehrten Komitees, Geheimrat Jegorow, ist an des verst. Professors Mendelejew Stelle zum Gehülfen des Dirigierenden der Hauptpalate für Masse und Gewichte ernannt worden, unter Belassung in seiner bisherigen Stellung beim mil.-med. gelehrten Komitee.

— Der Tiedemann-Preis, der von der Senckenbergischen Naturforschenden Gesellschaft

in Frankfurt a. Main alle 4 Jahre einem deutschen Forscher für die beste Arbeit aus dem Gebiete der vergleichenden Anatomie und Physiologie im weitesten Sinne verliehen wird, wurde diesmal Prof. E. Buchner in Berlin zuerkannt für seine Arbeiten, welche nachweisen, dass der Gährungsprozess nicht auf der Mitwirkung von Lebewesen beruht, sondern eine physikalische Kontaktwirkung ist. Bisher haben diesen Preis Robert Koch, Paul Ehrlich, Emil Fischer, E. v. Behring, A. Kossel und der unlängst verstorbene Fritz Schaudinn erhalten.

Nekrologe.

— Verstorben sind: 1) Am 9. März zu Riga der dortige Fabrikarzt Dr. Paul Tiemer im 41. Lebensjahre. Der Hingeschiedene war in Riga als Sohn eines dortigen Ratsherrn geboren, erhielt seine Schulbildung im dortigen Gymnasium, studierte kurze Zeit in Dresden Musik und widmete sich dann dem Studium der Medizin von 1887—94 in Dorpat, wo er auch der «Fraternitas Rigensis» angehörte. Nach Absolvierung des Arztexamens war er Cholerаarzt in Bolderaa, dann Landarzt in Palzmar (in Livland) und seit 1896 praktischer Arzt in Riga und zugleich Arzt der russisch-baltischen Waggonfabrik bis zu seinem Lebensende. Der Verstorbene galt als geschickter Arzt und wurde sowohl von seinen Patienten als auch von seinen zahlreichen Freunden wegen seiner Charaktereigenschaften hochgeschätzt. 2) In Dorpat am 2. März Dr. Erich Mühlenthal im Alter von 37 Jahren. Der Verstorbene war ebenfalls ein ehemaliger Jünger der Dorpater Universität, an welcher er 1895 die Arztwürde erlangte, worauf er sich als praktischer Arzt in Simferopol niederliess, wo er sich vorzugsweise mit der Chirurgie beschäftigte. 3) Am 27. Februar in Moskau der frühere langjährige Oberarzt des I. Moskauer städtischen Hospitals, wirkl. Staatsrat Dr. Ernst Klin, im 73. Lebensjahre. Der Verstorbene, der den Ruf eines ausgezeichneten Chirurgen genoss und sich grosse Verdienste um das städtische Hospitalwesen erwarb, war gegen 40 Jahre im genannten Krankenhause tätig, dessen Leitung er erst im Mai vorigen Jahres niederlegte. Neben diesem Amte fungierte er noch als Konsultant bei den Anstalten der Kaiserin Maria und beratendes Mitglied der Moskauer städtischen Medizinalverwaltung. In diesem Jahre hätte er das 50-jährige Jubiläum seiner ärztlichen Tätigkeit feiern können. 4) In Bender der Oberarzt des örtlichen Militärlazaretts, Staatsrat Dr. W. Rajewski im 58. Lebensjahre nach 33-jähriger Tätigkeit als Militärarzt. 5) In Moskau Dr. Sergius Urenius im 56. Lebensjahre. Der Verstorbene, welcher seit 1880 die ärztliche Praxis ausübte, beschäftigte sich speziell mit der Zahnheilkunde. 6) Am 5./18. März in Berlin nach langen Leiden der ausserordentliche Professor der pathologischen Anatomie Dr. Oskar Israel, bekannt als langjähriger erster Assistent Virchows, im Alter von 52 Jahren. Während der letzten Lebensjahre Virchows leitete Dr. Israel die praktischen Kurse im pathologischen Institut. Er war auch der Verfasser eines «Praktikums für pathologische Histologie» und der «Elemente der pathologisch-anatomischen Diagnose». Ueberhaupt hat sich der Verstorbene durch seine Arbeiten auf den verschiedensten Gebieten der pathologischen Anatomie sowie durch die Entwickelung der mikroskopischen Forschungsmethoden einen geachteten Namen in der Wissenschaft erworben.

Von Universitäten und med. Instituten.

— Die Lage der russischen Hochschulen hat sich noch in keiner Weise merkbar gebessert. Die Studenten betrachten sich immer mehr als die eigentlichen Herren der Universitäten und ignorieren die Universitätsobrigkeit und die Professoren. So ist es am 26. Februar in den Hochschulen der Kiewer Universität zu einer Reihe von wüsten Auftritten gekommen. Gruppen revolutionär gestimmter Studenten drangen in die Auditorien ein, zwangen die Professoren die Vorlesungen einzustellen und trieben die arbeitswilligen Studenten hinaus. Der Rektor Zitowitsch wurde in roher Weise beschimpft und ausgepfiffen. Die arbeitswilligen Studenten leiden unter dem Terror der Radikalen. In Kiew ist es bereits zwischen den Akademisten und Revolutionären zu Tätlichkeiten und sogar zum Meuchelmord gekommen. Der zu den Akademisten gehörige Student Jaroschenko wurde von einem Komilitonen mit einem Dolch angefallen, parierte jedoch den Stoss und verwundete den Angreifer selbst, der von seinen Gesinnungsgenossen aufgegriffen und fortgeführt wurde. Nicht besser geht es auf anderen Hochschulen in Petersburg, Kasan, Charkow, Odessa zu, deren Zustände ein kraftvolles Eingreifen der Regierung durchaus notwendig machen. Wie unter diesen Verhältnissen in der nächsten Zeit der notwendige Ersatz von Aerzten, Juristen, Lehrern etc. beschafft werden soll, ist unbegreiflich!

— Professor Dr. Hermann Küttner ist definitiv als Nachfolger des Prof. Küstner zum Direktor der chirurgischen Klinik an der Universität Marburg ernannt worden und wird am 1. April n. St. die Leitung der Klinik übernehmen.

— Der dirigierende Arzt des Säuglingsheims in Dresden Dr. Bruno Salge hat einen Ruf als ausserordentlicher Professor der Kinderheilkunde an die Universität Erlangen erhalten und angenommen.

— In Paris verstarb am Herzschlage der berühmte französische Chemiker, Mitglied der Pariser Akademie Marcellin Berthelot im 80. Lebensjahre. Der Verstorbene, welcher früher viele Jahre Professor der Chemie an der École de pharmacie und am Collège de France und kurze Zeit auch Unterrichtsminister war, hat sich besonders grosse Verdienste durch seine Arbeiten über die Synthese organischer Körper erworben, auf welchem Gebiete er bahnbrechend wirkte.

— Im Kaiserin Friedrich-Hause wird fortan eine ärztliche Auskunftei ins Leben treten. Die Einrichtung ist dazu bestimmt, insbesondere den fremden Aerzten behilflich zu sein, die zu Studienzwecken nach Berlin kommen. Es soll hier Auskunft erteilt werden über sämtliche unentgeltliche und honorierte Kurse, die jeweilig in Berlin stattfinden; ferner über alle ärztliche Einrichtungen, Krankenhäuser, Sammlungen u. s. w. hinsichtlich der Zeit und der Voraussetzungen ihrer Besichtigung; endlich über die Möglichkeit der Teilnahme an klinischen Vorlesungen, Vortragsabenden der ärztlichen Gesellschaften, sowie an Operationen in Kliniken und Krankenhäusern. Alle Auskünfte werden unentgeltlich erteilt. Die Auskunftei beginnt ihre Tätigkeit am 25. Februar; sie wird den zahlreichen Aerzten, die zur Besichtigung der bemerkenswerten Einrichtungen und Ausstellungen das Kaiserin Friedrich-Haus aufsuchen, die willkommene Gelegenheit bieten, sich über alle Fragen des ärztlichen Berlins mühelos zu informieren.

Standesangelegenheiten.

— In der vorigen Woche hatte sich der bekannte Irrenarzt Prof. Sserbski, Direktor der psychiatrischen Klinik der Moskauer Universität, vor dem Friedensrichter zu verantworten, da er von den Feldscherinnen der genannten Klinik Skorobogatowa und Johansen auf Verleumdung angeklagt war. Vor Gericht erklärte Prof. Sserbski, ihm seien von den Kranken viele Klagen über rohe Behandlung seitens des niederen Personals, das unter der Aufsicht der genannten beiden Feldscherinnen stand, zugegangen. Die Schwester eines Kranken habe ausserdem noch mitgeteilt, dass solche Dinge schon vor 6 Jahren in der Frauenabteilung vorgekommen, wo damals 10 Geisteskranke unter der Aufsicht der Skorobogatowa und Johansen gewesen. Er habe sich daher gezwungen gesehen, beide dafür verantwortlich zu machen und zu entlassen. Der Friedensrichter fällte ein freisprechendes Urteil.

— Dr. A. J. Fränkel, der im vorigen Jahre Mitglied der ersten Reichsduma war, ist für Verbreitung einer regierungsfeindlichen Brochüre zur Festungshaft von zwei Jahren verurteilt worden.

— In Archangelsk ist der dortige Stadtarzt Dr. N. Mefodiew wegen politischer Unzuverlässigkeit auf administrative Anordnung aus dem Dienst entlassen worden.

— In Wladikawkas wurde am 17. Februar der ältere Arzt des Stadthospitals Dr. N. Gassumjanz, wie ein Astrachansches Blatt berichtet, beim ambulatorischen Krankenempfange von einem Eingeborenen, der sich als irrsinnig erwies, durch zwei Dolchstiche lebensgefährlich verwundet.

(R. Wr.).

dung derselben die Patienten häufig abgehalten sich frühzeitig genug zur Operation zu stellen. Für eine hoffentlich bald überwundene Modekrankheit erklärt er die Bier'sche Stauung. Bei der Tuberkulose der Gelenke habe er früher viele und lange Versuche vergebens angestellt, bei akuten eitrigen Prozessen die Stauung selbst allerdings nicht angewandt, da sein chirurgisches Empfinden sich dagegen sträube.

Dr. von Bergmann betont, dass Lexer auf dem gleichen Standpunkt wie Dr. P. Klemm steht, es sei aber wohl sicher beobachtet, dass unter der Stauung Lymphangoitiden schnell und schmerzlos zurückgehen.

Punkt II der Tagesordnung. Dr. Paul Klemm hält seinen angekündigten Vortrag über die Darminvagination (derselbe erscheint in der Deutschen Zeitschrift für Chirurgie).

Die Diskussion wird auf die nächste Sitzung verschoben.

d. Z. Sekretär: Dr. R. von Sengbusch.

Dr. Gustav Hirsch †.

Am 7. März verschied der Leibchirurg Seiner Majestät des Kaisers Wirklicher Geheimrat Dr. Gustav Hirsch. Sein Tod bedeutet eine Lücke in der Aerztewelt, die nicht leicht auszufüllen sein wird. Die hohe verantwortliche Stellung musste seiner wissenschaftlich-medizinischen Tätigkeit gewisse Schranken auferlegen, sie erlaubte ihm keine intensive und ausgedehnte Arbeit auf dem Gebiet der praktischen Medizin, wenn er ihr auch immer ein reges Interesse entgegenbrachte und ihren Fortschritten folgte; wenn er in einem der ärztlichen Vereine erschien, beteiligte er sich regelmässig an den Diskussionen. Was aber Hirsch uns so wertvoll machte und ihm unsere Achtung errang, das war die Reinheit, Schlichtheit seiner Persönlichkeit, die er sich trotz seiner hohen und machtvollen Stellung bewahrt hatte. Wenn er seinen Einfluss geltend machte, so war es stets für eine gerechte und gute Sache.

Ueber seinen äusseren Lebenslauf ist folgendes zu sagen. Hirsch wurde am 23. Juli 1828 in Estland geboren, besuchte das Gymnasium in Reval und studierte 1848—1853 an der Mediko-Chirurgischen Akademie in St. Petersburg, war dann Militärarzt in Polen, wo er 1854 sein Doktorexamen machte. Als Arzt machte er den Krimkrieg mit, diente dann in Petersburg bei dem Leibgrenadier-Regimente, machte als Oberarzt des Moskauschen Regimentes die Expedition zur Unterdrückung des polnischen Aufstandes mit und war 1865—1866 Oberarzt des Krassnosselschen Hospitals. Dann wurde er Arzt des damaligen Thronfolgers, späteren Kaisers Alexanders III. Er blieb Leibarzt Seiner Majestät des Kaisers Alexander III. bis zu dessen Tode und verblieb in derselben Stellung bei Seiner Majestät dem jetzt regierenden Kaiser Nikolaus II., dessen Person er bis zuletzt eng attachiert geblieben ist. — Ausserdem war Hirsch Mitglied des Gelehrten Militär-Medizinischen Komitees, des Medizinalrats im Ministerium des Innern, Gründer und Präsident der Gesellschaft zur Pflege von Geisteskranken, Ehrenpräsident des Evangelischen Hospitals und des Evangelischen Feldlazaretts, Ehrenmitglied des Samariter-Vereins, des Vereins der St. Petersburger Aerzte, und des Deutschen ärztlichen Vereins, der Pharmazeutischen Gesellschaft in Riga u. s. w., Mitglied der Psychologischen Gesellschaft in Paris und der Gesellschaft zur Bekämpfung der Tuberkulose in Berlin.

Am 10. März wurde Hirsch bestattet.

Wir setzen hierher noch die Worte, die an seinem Grabe im Namen des Vereins St. Petersburger Aerzte und des Deutschen Aerztlichen Vereins von Dr. Blessig gesprochen wurden:

«Im Namen der Berufsgenossen sei dem Manne, dessen Ruhestatt wir hier umstehn, ein letztes ehrendes Wort nachgerufen. Der Verein St. Petersburger Aerzte und der Deutsche ärztliche Verein, sie beide betrauern in dem Heimgegangenen ihr Ehrenmitglied, ersterer zugleich einen seiner Stifter. Mit Stolz durften wir ihn den Unsren nennen! In ihm schätzten wir nicht nur den Arzt, den Kollegen, wir verehrten den ganzen Mann in der unwandelbaren, unbestechlichen Treue seines Wesens. Ein Ehrenmann war er durch und durch, nicht ein Mann der äussern Ehren, wenngleich auch solche ihm in reichstem Maasse zu Teil wurden. Ob seine ärztliche und dienstliche Laufbahn ihn auch so hoch hinaufgeführt hatte, wie nur selten Einen — er blieb doch stets der Gleiche, sich und seiner Gesinnung treu. Unter all' dem Ordensschmuck, der wie ein Panzer seine Brust bedeckte schlug immerdar ein schlichtes, ehrliches Herz. Und so hinterlässt er uns auch sein Bild: einheitlich, wie aus einem Guss, gediegen wie Erz und lauter wie Gold, gross in seiner Schlichtheit. — Und wenn wir unter dieses sein Bild ein Wort setzen wollten, so sollte es dieses sein: Integer vitae — Ehre deinem Andenken, du edler Vertreter unseres Standes, du treuer Diener deines Herrn und Kaisers und Deines Berufs, du guter Mensch!».

Berichtigung.

In Nr. 10, Seite 94, Spalte 1, Zeile 16 von oben muss es, statt Tiflis, — Tilsit heissen.

Tagesnachrichten.

Personalia.

— Aus Wiesbaden kommt die Trauerkunde, dass Professor Dr. Ernst von Bergmann, an den Folgen einer Operation am 12./25. März dort verschieden ist. Einen ausführlichen Nekrolog behalten wir uns für die nächste Nummer vor.

— Goldene Hochzeit. Am 7. März beging, dem «Rev. Beob.» zufolge, der allgemein beliebte langjährige frühere Kirchspielsarzt des Klein-Marienkirchspiels in Estland, Dr. Otto Hoffmann, mit seiner Gemahlin Bethy, geb. Baumann, in Dorpat das seltene Fest der goldenen Hochzeit. Dr. Hoffmann, der am bevorstehenden 21. April sein 75. Lebensjahr erreicht, feiert in diesem Jahre auch sein 50 jähriges Doktorjubiläum.

— Sein 50-jähriges Doktorjubiläum beging am 10./23. März der bekannte Kliniker Geheimrat Dr. Hermann Senator, ordentlicher Honorarprofessor und Direktor der medizinischen Poliklinik an der Berliner Universität. Der Jubilar steht gegenwärtig im 73. Lebensjahre.

— Am 2. März vollendeten sich 35 Jahre der ärztlichen Tätigkeit des älteren Ordinators Dr. Ernst Dreypölcher am hiesigen städtischen Obuchowhospital. Aus diesem Anlass wurde der Jubilar seitens der Stadtverwaltung durch den Präsidenten der Hospitalkommission Prof. Dr. A. Lebedew und den Kurator des Obuchow-Hospitals, sowie von den Kollegen und Dienstgenossen beglückwünscht. Den zahlreichen Gratulationen schliessen auch wir uns post festum an.

— Auf eine 25-jährige Tätigkeit als ordentlicher Professor kann in diesen Tagen der Direktor der Frauenklinik an der Bonner Universität, Geh. Medizinalrat Dr. Heinrich Fritsch, zurückblicken.

— Der Gehülfe des Obermedizinalinspektors, wirkl. Staatsrat Dr. Bulatow, welcher auch die Obligenheiten eines medizinischen Kurators des mediko-philanthropischen Komitees ausübte, ist gemäss der Wahl als Vizepräses des genannten Komitees für das laufende Triennium bestätigt worden, unter Belassung in der Stellung eines Gehülfen des Obermedizinalinspektors.

— Dem Prof. ord. der militär-medizinischen Akademie, wirkl. Staatsrat Dr. Ssirotinin, ist der St. Wladimirorden III. Klasse verliehen worden.

— Prof. Dr. Emil Krückmann in Leipzig hat den Ruf an die Universität Königsberg als ordentlicher Professor und Direktor der Augenklinik anstelle des nach Bonn berufenen Professors Dr. H. Kuhnt angenommen.

— Der ordentliche Professor der Physik an der militär-medizinischen Akademie, beratendes Mitglied des militär-medizinischen gelehrten Komitees, Geheimrat Jegorow, ist an des verst. Professors Mendelejew Stelle zum Gehülfen des Dirigierenden der Hauptpalate für Masse und Gewichte ernannt worden, unter Belassung in seiner bisherigen Stellung beim mil.-med. gelehrten Komitee.

— Der Tiedemann-Preis, der von der Senckenbergischen Naturforschenden Gesellschaft



in Frankfurt a. Main alle 4 Jahre einem deutschen Forscher für die beste Arbeit aus dem Gebiete der vergleichenden Anatomie und Physiologie im weitesten Sinne verliehen wird, wurde diesmal Prof. E. Buchner in Berlin zuerkannt für seine Arbeiten, welche nachweisen, dass der Gährungsprozess nicht auf der Mitwirkung von Lebewesen beruht, sondern eine physikalische Kontaktwirkung ist. Bisher haben diesen Preis Robert Koch, Paul Ehrlich, Emil Fischer, E. v. Behring, A. Kossel und der unlängst verstorbene Fritz Schaudinn erhalten.

Nekrologe.

— Verstorben sind: 1) Am 9. März zu Riga der dortige Fabrikarzt Dr. Paul Tiemer im 41. Lebensjahre. Der Hingeschiedene war in Riga als Sohn eines dortigen Ratsherrn geboren, erhielt seine Schulbildung im dortigen Gymnasium, studierte kurze Zeit in Dresden Musik und widmete sich dann dem Studium der Medizin von 1887—94 in Dorpat, wo er auch der «Fraternitas Rigensis» angehörte. Nach Absolvierung des Arztexamens war er Choleraarzt in Bolderaa, dann Landarzt in Palzmar (in Livland) und seit 1896 praktischer Arzt in Riga und zugleich Arzt der russisch-baltischen Waggonfabrik bis zu seinem Lebensende. Der Verstorbene galt als geschickter Arzt und wurde sowohl von seinen Patienten als auch von seinen zahlreichen Freunden wegen seiner Charaktereigenschaften hochgeschätzt. 2) In Dorpat am 2. März Dr. Erich Mühlenthal im Alter von 37 Jahren. Der Verstorbene war ebenfalls ein ehemaliger Jünger der Dorpater Universität, an welcher er 1895 die Arztwürde erlangte, worauf er sich als praktischer Arzt in Simferopol niederliess, wo er sich vorzugsweise mit der Chirurgie beschäftigte. 3) Am 27. Februar in Moskau der frühere langjährige Oberarzt des I. Moskauer städlischen Hospitals, wirkl. Staatsrat Dr. Ernst Klin, im 73. Lebensjahre. Der Verstorbene, der den Ruf eines ausgezeichneten Chirurgen genoss und sich grosse Verdienste um das städtische Hospitalwesen erwarb, war gegen 40 Jahre im genannten Krankenhause tätig, dessen Leitung er erst im Mai vorigen Jahres niederlegte. Neben diesem Amte fungierte er noch als Konsultant bei den Anstalten der Kaiserin Maria und beratendes Mitglied der Moskauer städtischen Medizinalverwaltung. In diesem Jahre hätte er das 50-jährige Jubiläum seiner ärztlichen Tätigkeit feiern können. 4) In Bender der Oberarzt des örtlichen Militärlazaretts, Staatsrat Dr. W. Rajewski im 58. Lebensjahre nach 33-jähriger Tätigkeit als Militärarzt. 5) In Moskau Dr. Sergius Urenius im 56. Lebensjahre. Der Verstorbene, welcher seit 1880 die ärztliche Praxis ausübte, beschäftigte sich speziell mit der Zahnheilkunde. 6) Am 5./18. März in Berlin nach langen Leiden der ausserordentliche Professor der pathologischen Anatomie Dr. Oskar Israel, bekannt als langjähriger erster Assistent Virchows, im Alter von 52 Jahren. Während der letzten Lebensjahre Virchows leitete Dr. Israel die praktischen Kurse im pathologischen Institut. Er war auch der Verfasser eines «Praktikums für pathologische Histologie» und der «Elemente der pathologisch-anatomischen Diagnose». Ueberhaupt hat sich der Verstorbene durch seine Arbeiten auf den verschiedensten Gebieten der pathologischen Anatomie sowie durch die Entwickelung der mikroskopischen Forschungsmethoden einen geachteten Namen in der Wissenschaft erworben.

Von Universitäten und med. Instituten.

— Die Lage der russischen Hochschulen hat sich noch in keiner Weise merkbar gebessert. Die Studenten betrachten sich immer mehr als die eigentlichen Herren der Universitäten und ignorieren die Universitätsobrigkeit und die Professoren. So ist es am 26. Februar in den Hochschulen der Kiewer Universität zu einer Reihe von wüsten Auftritten gekommen. Gruppen revolutionär gestimmter Studenten drangen in die Auditorien ein, zwangen die Professoren die Vorlesungen einzustellen und trieben die arbeitswilligen Studenten hinaus. Der Rektor Zitowitsch wurde in roher Weise beschimpft und ausgepfiffen. Die arbeitswilligen Studenten leiden unter dem Terror der Radikalen. In Kiew ist es bereits zwischen den Akademisten und Revolutionären zu Tätlichkeiten und sogar zum Meuchelmord gekommen. Der zu den Akademisten gehörige Student Jaroschenko wurde von einem Komilitonen mit einem Dolch angefallen, parierte jedoch den Stoss und verwundete den Angreifer selbst, der von seinen Gesinnungsgenossen aufgegriffen und fortgeführt wurde. Nicht besser geht es auf anderen Hochschulen in Petersburg, Kasan, Charkow, Odessa zu, deren Zustände ein kraftvolles Eingreifen der Regierung durchaus notwendig machen. Wie unter diesen Verhältnissen in der nächsten Zeit der notwendige Ersatz von Aerzten, Juristen, Lehrern etc. beschafft werden soll, ist unbegreiflich!

— Professor Dr. Hermann Küttner ist definitiv als Nachfolger des Prof. Küstner zum Direktor der chirurgischen Klinik an der Universität Marburg ernannt worden und wird am 1. April n. St. die Leitung der Klinik übernehmen.

— Der dirigierende Arzt des Säuglingsheims in Dresden Dr. Bruno Salge hat einen Ruf als ausserordentlicher Professor der Kinderheilkunde an die Universität Erlangen erhalten und angenommen.

— In Paris verstarb am Herzschlage der berühmte französische Chemiker, Mitglied der Pariser Akademie Marcellin Berthelot im 80. Lebensjahre. Der Verstorbene, welcher früher viele Jahre Professor der Chemie an der École de pharmacie und am Collège de France und kurze Zeit auch Unterrichtsminister war, hat sich besonders grosse Verdienste durch seine Arbeiten über die Synthese organischer Körper erworben, auf welchem Gebiete er bahnbrechend wirkte.

— Im Kaiserin Friedrich-Hause wird fortan eine ärztliche Auskunftei ins Leben treten. Die Einrichtung ist dazu bestimmt, insbesondere den fremden Aerzten behilflich zu sein, die zu Studienzwecken nach Berlin kommen. Es soll hier Auskunft erteilt werden über sämtliche unentgeltliche und honorierte Kurse, die jeweilig in Berlin stattfinden; ferner über alle ärztliche Einrichtungen, Krankenhäuser, Sammlungen u. s. w. hinsichtlich der Zeit und der Voraussetzungen ihrer Besichtigung; endlich über die Möglichkeit der Teilnahme an klinischen Vorlesungen, Vortragsabenden der ärztlichen Gesellschaften, sowie an Operationen in Kliniken und Krankenhäusern. Alle Auskünfte werden unentgeltlich erteilt. Die Auskunftei beginnt ihre Tätigkeit am 25. Februar; sie wird den zahlreichen Aerzten, die zur Besichtigung der bemerkenswerten Einrichtungen und Ausstellungen das Kaiserin Friedrich-Haus aufsuchen, die willkommene Gelegenheit bieten, sich über alle Fragen des ärztlichen Berlins mühelos zu informieren.

Standesangelegenheiten.

— In der vorigen Woche hatte sich der bekannte Irrenarzt Prof. Sserbski, Direktor der psychiatrischen Klinik der Moskauer Universität, vor dem Friedensrichter zu verantworten, da er von den Feldscherinnen der genannten Klinik Skorobogatowa und Johansen auf Verleumdung angeklagt war. Vor Gericht erklärte Prof. Sserbski, ihm seien von den Kranken viele Klagen über rohe Behandlung seitens des niederen Personals, das unter der Aufsicht der genannten beiden Feldscherinnen stand, zugegangen. Die Schwester eines Kranken habe ausserdem noch mitgeteilt, dass solche Dinge schon vor 6 Jahren in der Frauenabteilung vorgekommen, wo damals 10 Geisteskranke unter der Aufsicht der Skorobogatowa und Johansen gewesen. Er habe sich daher gezwungen gesehen, beide dafür verantwortlich zu machen und zu entlassen. Der Friedensrichter fällte ein freisprechendes Urteil.

— Dr. A. J. Fränkel, der im vorigen Jahre Mitglied der ersten Reichsduma war, ist für Verbreitung einer regierungsfeindlichen Brochüre zur Festungshaft von zwei Jahren verurteilt worden.

— In Archangelsk ist der dortige Stadtarzt Dr. N. Mefodiew wegen politischer Unzuverlässigkeit auf administrative Anordnung aus dem Dienst entlassen worden.

— In Wladikawkas wurde am 17. Februar der ältere Arzt des Stadthospitals Dr. N. Gassumjanz, wie ein Astrachansches Blatt berichtet, beim ambulatorischen Krankenempfange von einem Eingeborenen, der sich als irrsinnig erwies, durch zwei Dolchstiche lebensgefährlich verwundet.

(R. Wr.).

Vereins- und Kongressnachrichten.

— Vom 1.—10. April n. St. findet in Cannes Monaco, Mentone und Ajaccio der III. französische Kongress für Klimatotherapie und Stadthygiene statt. Der Mitgliedsbeitrag beträgt 20 Francs. Die Familien der Teilnehmer, sowie Studenten der Medizin zahlen 10 Francs. Die Meldung geschieht bei dem Hauptschatzmeister Mr. le Docteur Bienfait, Villa Louis-Marie, Boulevard d'Alsace à Cannes.

— Der 6. Internationale Dermatologen-Kongress wird vom 9.—14. September 1907 in New-York tagen. Der Vorsitz wird Dr. James C. White aus Boston führen; Generalsekretär ist Dr. John A. Fordyce in New-York, 80 West, 40. Street. Der Mitgliedsbeitrag beträgt 20 Mark.

Verschiedene Mitteilungen.

— Am vorigen Sonntag (11./24. März) wurden es 25 Jahre, seit Prof. Robert Koch seine bahnbrechende Entdeckung des Tuberkelbazillus bekannt gab. Das geschah in der Berliner Physiologischen Gesellschaft, die damals unter du Bois-Reymonds und H. Munks Leitung stand. Diese Koch'sche Entdeckung bedeutet einen hervorragenden Markstein in der Geschichte der Medizin und der öffentlichen Wohlfahrt. Wie Prof. Löffler (Greifswald), bekanntlich ein Schüler Kochs, in der «D. m. Wochenschr.» schildert, war es ein mühsamer Weg, auf dem Koch zu seiner Entdeckung gelangte. Nach zahlreichen Impfungen von Meerschweinchen mit den verschiedensten tuberkulösen Stoffen erhielt Koch immer dasselbe unzweideutige Krankheitsbild, wodurch sich bei ihm die Ueberzeugung befestigte, dass es durch Lebewesen Hervorgerufen werden müsse. Jetzt ging er an die mikroskopische Erforschung der ersten Krankheitsknötchen und mit Hülfe seiner neuen Färbungs- und Kulturmethoden und namentlich der von Ehrlich eingeführten Methylenblaufärbung konnte er bestimmte Stäbchen erkennen, aber immer nur in tuberkulösem Material. Als nun Koch Photographien anfertigte, dachte er sich, da die Technik damals noch nicht weit entwickelt war, eine eigene Methode der chemischen Behandlung der mikroskopischen Präparate aus, damit sie auf der Platte sichtbar wurden. Er färbte mit Bismarkbraun und sah nun, dass die Stäbchen blau blieben, während alles übrige braun wurde. Damit war die Methode gefunden, um die Bazillen auch da, wo sie vereinzelt vorkamen, zu finden. Seiner Sache sicher, schritt Koch am 12./24. März 1882 zur Veröffentlichung seiner Entdeckung in der physiologischen Gesellschaft, wo er am Ende seines Vortrages bestimmt erklärte, dass die Tuberkelbazillen die eigentliche Ursache der Tuberkulose sind und letztere also als eine parasitische Krankheit anzusehen ist.

Die damalige Veröffentlichung Kochs ist aber von grosser Bedeutung geworden, weil mit ihr erst der energische Kampf gegen die Tuberkulose und die Seuchenbekämpfung überhaupt ihren Anfang nahm.

— Der Verlag von Dr. Werner Klinkhardt in Leipzig hat die Vorarbeiten zur Herausgabe eines internationalen Archives für Urologie abgeschlossen, das unter dem Namen «Folia urologica» erscheinen wird. Der Schriftleitung gehören an James Israel-Berlin, A. Kollmann-Leipzig, G. Kulisch-Halle, W. Tamms-Leipzig. Das Hauptgewicht soll auf grössere Originalaufsätze (mit Tafeln und Abbildungen) in einer der vier Kongresssprachen gelegt werden. Kurze Zusammenfassungen des Inhaltes in den übrigen drei Sprachen schliessen sich jedesmal an, und zwar in Thesenform.

Ferner gelangen zur Veröffentlichung «Ergebnisse der Urologie», in denen feste Mitarbeiter unter kritischer Nachprüfung über die Fortschritte periodisch berichten. Endlich dient das Organ als Sammelstätte von Jahresberichten über die urologische Tätigkeit von Krankenhäusern, Kliniken u. s. w. Um eine möglichst schnelle Veröffentlichung aktueller Arbeiten zu gewährleisten, erscheinen die Archivhefte in zwangloser Folge.

Bf.

— Die Gesamtzahl der Kranken in den Zivilhospitälern St. Petersburgs betrug am 24. Febr. d. J. 12110 (42 wen. als in der Vorwoche), darunter 648 Typhus — (48 wen.), 1085 Syphilis — (33 wen.), 430 Scharlach — (12 wen.), 264 Diphtherie — (23 mehr), 184 Masern — (4 mehr), und 8 Pockenkranke — (2 wen. als in der Vorw.).

— Die Gesamtzahl der Sterbefälle in St. Petersburg betrug in der Woche vom 16. bis zum 24. Febr. d. J. im ganzen 864 (481 M., 383 W.), darunter an folgenden Krankheiten:

Typhus exanth. 0, Typhus abdom. 26, Febris recurrens 0, Typhus ohne Bestimmung der Form 1, Pocken 2, Masern 26, Scharlach 30, Diphtherie 25, Croup 0, Keuchhusten 9, Croupöse Lungenentzündung 34, Erysipelas 7, Grippe 12, Katarrhalische Lungenentzündung 88, Ruhr 1, Epidemische Meningitis 0, Akuter Gelenkrheumatismus 0, Parotitis epidemica 0, Rotzkrankheit 0, Anthrax 0, Hydrophobie 0, Puerperalfieber 0, Pyämie und Septicaemie 16, Tuberkulose der Lungen 130, Tuberkulose anderer Organe 24, Alkoholismus und Dilirium tremens 5, Lebensschwäche und Atrophia infantum 58, Marasmus senilis 17, Krankheiten des Verdauungskanals 97, Totgeborene 40

Am 3. März d. J. betrug die Zahl der Kranken 11677 (433 wen. als in der Vorwoche.), darunter 630 Typhus — (18 wen.), 1003 Syphilis — (82 wen.), 414 Scharlach — (16 wen.), 235 Diphtherie — (29 wen.), 183 Masern — (1 wen.) und 7 Pockenkranke (1 wen. als in der Vorw.)

— Die Gesamtzahl der Sterbefälle in St. Petersburg betrug in der Woche vom 25. Febr. bis 3. März d. J. im ganzen 851 (489 M., 362 W.), darunter an folgenden Krankheiten:

Typh. exanth. 0. Typh. abd. 20, Febris recurrens 0, Typhus ohne Bestimmung der Form 1, Pocken 2, Masern 29, Scharlach 13 Diphtherie 15, Croup 0, Keuchhusten 3, Croupöse Lungenentzündung 50, Erysipelas 3, Grippe 8, Katarrhalische Lungenentzündung 104, Ruhr 0, Epidemische Meningitis 0, Acuter Gelenkrheumatismus 1, Parotitis epidemica 1, Rotzkrankheit 0, Anthrax 0, Hydrophobie 0, Puerperalfieber 1, Pyämie und Septicaemie 11, Tuberculose der Lungen 96, Tuberculose anderer Organe 24, Alkoholismus und Delirium tremens 4, Lebensschwäche und Atrophia infantum 59, Marasmus senilis 39, Krankheiten der Verdauungsorgane 104, Totgeborene 46.

✦ Nächste Sitzung des Vereins St. Petersb. Aerzte: Dienstag, d. 20. März 1907.

Tagesordnung:

1. Fuhrmann: 3 Fälle von angeborener Darmatresie.
2. Amburger: Einiges über moderne Krebsforschung.
3. Klopfer Demonstrationen: Blasentumor und Röntgenbilder von Kalkaneodynie.

✦ Nächste Sitzung des Deutschen ärztlichen Vereins: Montag, d. 9. April 1907.

Medizinischer Verlag von **Georg Thieme** in Leipzig.

Soeben erschienen:

Operative Gynäkologie

Prof. Döderlein, Prof. Krönig

232 teils farbige Abbildungen und neun farbige Tafeln.
Zweite vermehrte und verbesserte Auflage, gebunden M. 25.—

Therapeutische Technik

für die ärztliche Praxis. Ein Handbuch für Aerzte und Studierende.
Herausgegeben von
Prof. J. Schwalbe.
M. 20.— Halbfr. geb. M. 23.—
(Technik der Massage, Gymnastik, mechan. Orthopädie, Hydro-, Thermo-, Radiotherapie, Arzneibereitung und Arzneianwendung (Trink- und Badekuren), allgem. chirurg. Technik, Technik der Behandlung des Auges, Ohres, Nase, Rachen, Kehlkopf, Trachea, Bronchien, Pleura, Lunge, Herz, Speiseröhre, Magen, Darm (innere und chirurg.), Harnorgane, Genitalorg., Nervensystem, Sachregister).

Ueber die

physiologischen Grundlagen der physikalischen Therapie.

Vortrag gehalten in der Berliner medizinischen Gesellschaft
von
Geh.-Rat Prof. A. Goldscheider.
M. 1.—

Reformen

in der Therapie des engen Beckens

von
Priv.-Doz. Dr. K. Baisch,
(Tübingen).
16 zum Teil farbige Kurventafeln. M. 4.60.

Vorlesungen über Wirkung und Anwendung der unorganischen Arzneistoffe

von
Geh.-Rat Prof. H. Schulz,
(Greifswald).
M. 8.— geb. M. 9.—

Herausgeber Dr. Rudolf Wanach. Buchdruckerei v. A. Wienecke Katharinenhofer Pr. № 15.

XXXII. JAHRGANG. ST. PETERSBURGER Neue Folge XXIV. Jahrg.

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Redaktion von

Prof. Dr. Karl Dehio. Dorpat.
Dr. Johannes Krannhals. Riga.
Dr. Rudolf Wanach. St. Petersburg.

Die „St. Petersburger Medizinische Wochenschrift" erscheint jeden Sonnabend.—Der Abonnementspreis ist in Russland 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr inkl. Postzustellung; in den anderen Ländern 20 Mark jährlich, 10 Mark halbjährlich. Der Insertionspreis für die 3mal gespaltene Zeile in Petit ist 20 Kop. oder 45 Pfen.—Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt. —Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.

Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate bittet man ausschliesslich an die Buchhandlung von K. L. Ricker in St. Petersburg, Newsky-Prospekt № 14, zu richten. — Manuskripte sowie alle auf die Redaktion bezüglichen Mitteilungen bittet man an den geschäftsführenden Redakteur Dr. R. Wanach in St. Petersburg, Petersb. Seite, Alexandrowski Pr. 6 zu richten. Sprechst. Dienstag, Donnerstag und Sonnabend 5—6.

№ 12 St. Petersburg, den 24. März (6. April). 1907.

(Aus der geburtshilflichen Abteilung des Stadtkrankenhauses zu Riga, dir. Arzt: Dr. med. A. Keilmann).

Amenorrhoea post partum.

Von

Dr. K. Tantzscher.

Vortrag, gehalten auf dem XVIII. Livländischen Aerztetag am 22. August 1906 in Wolmar.

Wenn wir uns in den Lehrbüchern umsehen, wann zuerst die Regel beim Stillen wiederkehrt, so fällt uns auf, wie wenig übereinstimmend die Ansichten der Autoren in diesem Punkt sind. Meistens ist der Standpunkt vertreten, dass beim Stillen die Regel ausbleibt. In dem grossen Handbuch der Gynäkologie von Veit urteilt Gebhard[1]: „Während der Schwangerschaft und Laktation herrscht physiol. Amenorrhoe[1]). Ebenso äussert sich Knapp[2]) in dem Winckel'schen Handbuch der Geburtshilfe: „Die Menstruation tritt bei nichtstillenden Frauen normalerweise 6—8 Wochen nach der Geburt, bei Stillenden annähernd innerhalb desselben Termins nach dem Abstillen wieder ein, vorausgesetzt, dass inzwischen eine Konzeption nicht stattgefunden hat".

In bestimmter Form wird von beiden Autoren die Amenorrhoe beim Stillen als physiologisch erklärt.

Weniger entschieden in dieser Frage stehen andere da. So erklärt Strassmann (im Winckel'schen Handbuch, Bd. I, S. 109) die Menstruation und Konzeption bei Stillenden als Ausnahme. Hiermit wird schon das Zugeständnis gemacht, dass die Menstruation bei Stillenden beobachtet ist, aber nur selten.

Aehnlich äussert sich Runge[3]): „Solange die Frau stillt, sistiert meist die Menstruation. Zuweilen tritt dieselbe jedoch vom 5. Monat an wieder ein". Derselbe Standpunkt ist vertreten in dem Lehrbuch von Olshausen-Veit[4]).

Bumm[5]) nimmt in seinem Grundriss der Geburtshilfe beiläufig Stellung zur Frage: „Bei stillenden Frauen pflegt die Periode alle 5—6 Wochen p. p. einmal aufzutreten, kann aber dann während der ganzen Laktationszeit cessieren.

Von der Anerkennung der physiologischen Laktationsamenorrhoe ist hier also keine Spur zu finden, da die I. R gewöhnlich im II. Monat auftreten soll, woraus aber nicht folgt, dass jetzt die Periode regelmässig wiederkehrt.

Einen ähnlichen Standpunkt vertritt Thorn[6]) indem nach seinen Erfahrungen 60% Amenorrhoe haben beim Stillen, 25% 1—2 × menstruieren, um dann amenorrhoisch zu werden und ca. 15% regelmässig menstruieren.

Ploss[7]) lässt die Frage überhaupt unentschieden, ob die Wiederkehr der Menses oder die Amenorrhoe

[1]) C. Gebhart. Veits Handb. d. Gyn. Bd. III. S. 18. 1899.
[2]) Knapp und Winckel, Handb. d. Geb. Bd. II. S. 157. 904.
[3]) Runge, Lehrb. d. Geb. II. A. 1894. S. 166.
[4]) Olshausen-Veit, p. 289. 5. Aufl. 1902.
[5]) Bumm, Grundr. d. Geb. 1902. S. 122.
[6]) W. Thorn, Die praktische Bedeutung der Laktationsatrophie des Uterus. Münch. med. W. Nr. 47. S. 1873. Jahrg. 1901.
[7]) Ploss, Das Weib, II. Bd. 5. Aufl. 1897. S. 373.

das Gewöhnliche sind und knüpft daran die Worte: „Es hat den Anschein, als ob die Laktation, das Säugen, die Wiederkehr der Menstruation hinauszuschieben im Stande wäre“.

Diese Ansicht von der physiologischen Laktationsatrophie ist aber nicht ohne Widerspruch geblieben. Gerade die Erfahrungen aus der Kinderpraxis haben zu Untersuchungen geführt, ob die früher herrschende Ansicht richtig sei, nach der die Kinder von der Brust genommen wurden, sobald die Menstruation beim Stillen wieder eintrat. Die Resultate lauteten meist einstimmig dahin, dass die Menses häufiger beim Stillen einzutreten pflegen, als man bisher angenommen hat und dass das Weiterstillen nie kontraindiziert sei. Am präzisesten ist der Standpunkt von Czerny[8]) und Keller vertreten, die ihn folgendermassen ausgesprochen haben in dem grossen Handbuch über die Ernährung des Kindes: „Wir wollen zunächst hervorheben, dass offenbar nicht genügend bekannt ist, dass die Wiederkehr der Menstruation während der Laktation das Normale und das Ausbleiben derselben die Ausnahme ist“.

Ich habe mich in obigem beschränkt auf die Angaben in der deutschen Literatur. Essen-Möller[9]) zitiert ähnliche Ansichten aus der französischen Literatur, wie sie durch Tornin-Chantreuil und Budin vertreten sind.

Bei der grossen praktischen Bedeutung, die die Frage der Amenorrhoe post partum hat, ist es angezeigt, an der Hand eines grösseren Materials Nachprüfungen anzustellen und die bisher erschienenen Arbeiten über dieses Thema einer kritischen Besprechung zu unterziehen.

Als ich mich am Anfang dieses Jahres auf Anregung von Dr. Keilmann daran machte, die nötigen Angaben zu sammeln, existierten eigentlich nur 3 Arbeiten, zu denen erst im Lauf des letzten Semesters 2 neue hinzukamen.

Die älteste Arbeit auf diesem Gebiete ist die von L. Mayer[10]). Sie ist vor mehr als 30 Jahren erschienen und der Vergessenheit anheim gefallen. Erst in diesem Jahr ist sie in ihrer Bedeutung wieder gewürdigt worden durch Essen-Möller und Heil, die zu ähnlichen Resultaten gekommen sind.

Mayer hatte ein Interesse daran zu zeigen, dass das Wiedereintreten der Regel beim Stillen keine Indikation zum Absetzen des Kindes sei und sammelte zu dem Zweck statistische Angaben. Mayers Zahlen sind in verschiedener Hinsicht interessant. Er hat die Angaben von 395 Frauen verwendet, die 1200 Mal in die Lage kamen ein Kind zu stillen. Auffallend ist die Tatsache, dass die Frauen sich nur in etwas mehr als der Hälfte der Fälle, 685 Mal, dem Stillungsgeschäft unterzogen, 515 Mal dagegen nicht d. h. 58,7% gegenüber 42,3%. Das ist eine erschreckend hohe Zahl von nichtgestillten Kindern. Aehnliche Zahlen habe ich in der einschlägigen Literatur nicht gefunden — mit Ausnahme von Bunge[11]).

Meine Zahlen sind in dieser Hinsicht bei weitem günstiger. Etwas Näheres über die Ursachen des Nichtstillens erfahren wir hier nicht.

Ausser den nakten Zahlen erfahren wir leider auch sonst nichts Näheres über die beobachteten Fälle. Interessant wäre es zu wissen, welcher sozialen Schicht die Frauen angehören und ob die Wiederkehr der Regel bei Mehrgebärenden regelmässig auftritt oder nicht. In Rechnung zu ziehen sind auch alle beim Stillen eingetretenen Graviditäten worüber wir ganz im unklaren bleiben. Auch ist von grosser Bedeutung meiner Meinung nach die durchschnittliche Dauer des Stillungsgeschäftes.

Um das Resultat gleich vorauszunehmen: Mayer fand, dass in 58,7% die Menstruation regelmässig beim Stillen eintritt, in 41,3% dagegen Amenorrhoe herrscht.

Mayers statistische Ergebnisse und seine Schlussfolgerungen scheinen in der Literatur vollkommen unbeachtet geblieben zu sein. Vielleicht ist daran die geringe Uebersichtlichkeit seiner Tabellen schuld, die er ordnet nach der Häufigkeit des Eintritts der Menses. Noch verwirrender gestaltet sich das Bild durch die Zeitbestimmung, die einmal in Wochen, einmal in Monaten ausgedrückt ist: So lesen wir: 3 Wochen, 4 Monate, 11 Wochen, 2 Monate, 5 Wochen, kurz alles durcheinander.

Eine direkte Antwort auf die Frage, wann eigentlich die erste Regel beim Stillen einzutreten pflegt, finden wir in den Mayer'schen Tabellen nicht. Ich habe sie deshalb umgearbeitet und gebe sie in der Form wieder, wie ich sie mit meinen Tabellen in Parallele stellen kann.

Von den 685 Beobachtungsfällen (395 Frauen) sind 402 regelmässig menstruiert, 283 nicht.

Nach Mayer trat die erste Regel ein

	beim Stillen bei 402 Stillenden (C)		beim Nichtstillen bei 515 Nichtstillenden (B)		
Im 1. Monat	bei 54 Frauen	= 13,5%	bei 85 Fr.	= 14,6%	
„ 2. „	„ 137 „	= 34,0%	„ 375 „	= 74,8%	
„ 3. „	„ 47 „	= 11,7%	„ 30 „	= 5,8%	
„ 4. „	„ 31 „	= 7,8%	„ 8 „		
„ 5. „	„ 22 „	= 5,5%	„ 1 „		
„ 6. „	„ 30 „	= 7,5%	„ 4 „		
„ 7. „	„ 24 „	= 6,0%	„ — „		
„ 8. „	„ 8 „	= 2,0%	„ 4 „		
„ 9. „	„ 23 „	= 5,7%	„ 4 „		= 4,9%
„ 10. „	„ 11 „	= 2,7%	„ 1 „		
„ 11. „	„ 3 „	= 0,7%	„ — „		
„ 12. „	„ 11 „	= 2,7%	„ 3 „		
„ 15. „	„ 1 „	= 0,2%	„ — „		

Ein Vergleich beider Tabellen ist sehr lehrreich. Wir finden eine auffallende Uebereinstimmung darin, dass die Häufigkeit des Wiedereintritts der Regel am grössten ist im 2. Monat, beim Nichtstillen in fast 75% beim Stillen in 34%. Zugleich dokumentiert sich in diesen Zahlen auch der Unterschied. Beim Nichtstillen tritt mehr als doppelt so häufig im 2. Monat die Regel ein als beim Stillen. Die übrigen Zahlen reihen sich mit geringen Unterschieden fast in der Weise an, dass sich die Ordnung ergiebt zuerst 2. Monat, dann 1., 3., 4., 5. Monat u. s. w. Der 1. Monat hat in beiden Tabellen fast die gleiche Prozentzahl 13,5 und 14.

Der Unterschied ist durch folgende Zahlen eingehend illustriert. Beim Nichtstillen tritt die Regel in den beiden ersten Monaten in 89,4% ein, in den 3 ersten Monaten in 95,1%, während beim Stillen in den beiden ersten Monaten erst 47,5%, in den 3 ersten 59,2% regelmässig menstruieren. Erst im Lauf eines halben Jahres haben 80% regelmässig ihre Periode.

Von Bedeutung ist jedenfalls das Resultat, dass vom 4. Monat an schon die Mehrzahl ca. 60% regelmässig menstruiert. Ich betone schon hier dieses Ergebnis, weil es häufig wiederkehrt in den folgenden Arbeiten.

---

[8]) Czerny und Keller, Des Kindes Ernährung. S. 484. 1904.

[9]) Essen-Möller, Zentr. für Gyn. 1906. Nr. 6. S. 175 ff.

[10]) Beitr. z. Geb. u. Gyn. hrsg. v. d. Gesellsch. für Geb. u. Gyn. in Berlin 1873. II. Bd. S. 136—143.

[11]) G. von Bunge. Die zunehmende Unfähigkeit der Frauen ihre Kinder zu stillen. Vortrag. 3. Aufl. München 1903.

Der II. Punkt, den **Mayer** behandelt, ist die Bestimmung, wann die I. Regel nach dem Entwöhnen auftritt. Da findet **Mayer** die Parallele: dass wie bei Nichtstillenden 6 Wochen pp. die Mehrzahl menstruiert, so bei Stillenden zur selben Zeit nach dem Entwöhnen die I. Regel auftritt. Dies Gesetz wird nur mit 94 Beobachtungen, belegt, die sich folgendermassen gruppieren.

Nach **Mayer** stellte sich die erste Regel nach dem Entwöhnen ein:

Im	1.	Monat	25 ×
„	2.	„	57 ×
„	3.	„	6 ×
„	4.	„	1 ×
„	5.	„	2 ×
„	6.	„	3 ×

Für diese Tabelle hätte vielleicht die Einteilung nach Wochen mehr Wert, weil gerade auf die 4. und 6. Wochen die bei weitem grössten Zahlen entfallen.

Es stellte sich die erste Regel beim Entwöhnen ein.

Nach	2	Wochen	3 ×
„	3	„	4 ×
„	4	„	18 ×
„	5	„	3 ×
„	6	„	44 ×
„	7	„	2 ×
„	8	„	8 ×
„	9	„	1 ×
„	10	„	0 ×
„	11	„	0 ×
„	12	„	5 ×

¼ Jahrhundert später ist eine ähnliche Arbeit erschienen. Sie behandelt den Einfluss der Menstruation auf die Laktation und stammt aus der **Heubner**'schen Klinik. **Bendix**[12]) kommt in ihr zu dem Resultat, „dass ein grosser Prozentsatz von Frauen welche stillen während der Laktation ihre Menstruation bekommen. Die Zahl ist bei weitem grösser als gewöhnlich angenommen wird".

Da **Bendix** seine Hauptaufmerksamkeit der Milch und ihrer Veränderung beim Eintritt der Menses zuwendet, so berührt er unsere Frage nur nebenbei im Allgemeinen. Aus den beigefügten Angaben über seine Beobachtungsfälle lassen sich aber genaue Tabellen aufstellen, wie ich sie später anführen werde.

Bendix legte seinen Beobachtungen ein Material von 140 stillenden Frauen zu Grunde. Es handelt sich um ebensoviele Stillungsgeschäfte.

Von diesen haben 85 = 60,7% regelmässig ihre Menses gehabt, 55 = 39,3% dagegen Amenorrhoe. Die durchschnittliche Stillungszeit dauerte bei 69 Beobachtungen von regelmässig Menstruierenden 8,4 Mon., bei 46 Amenorrhoischen dagegen 10,13 Monate. Der Gesammtdurchschnitt bei 115 stillenden Frauen beträgt somit 9,1 Monat. Die übrigen Zahlen konnten nicht verwertet werden, da ein grosser Teil auch stillte.

Ueber den Termin des frühesten Eintritts der Regel giebt folgende Zusammenstellung Aufschluss.

Bei 74 Beobachtungen trat die I. Regel auf.

Im	1.	Monat	10 × = 13,5%	58,2% (1.–2.)	81,1% (1.–6.)	62,3% (1.–3.)	
„	2.	„	33 × = 44,7%				
„	3.	„	3 × = 4,1%				
„	4.	„	5 ×	37,7% (4.–15.)			
„	5.	„	3 ×				
„	6.	„	6 ×				
„	7.	„	2 ×				18,9% (7.–15.)
„	8.	„	2 ×				
„	9.	„	2 ×				
„	10.	„	3 ×				
„	11.	„	2 ×				
„	12.	„	2 ×				
„	15.	„	1 ×				

[12]) Charité Annalen XXIII. Jg. Berlin 1898. S. 411—453.

Die Uebereinstimmung mit den **Mayer**'schen Zahlen ist auffallend. In der Reihenfolge der Häufigkeit des Wiederauftritts nimmt wiederum der 2. Monat mit einer grossen Zahl die erste Stelle ein, dem dann der 1., 3., 4. u. s. w. folgen. Ueberraschend ist auch, dass für den 1. Monat genau dieselbe Zahl, nämlich 13,5% gefunden wird. Zum Unterschied von **Mayer** wird schon in den beiden ersten Monaten die Zahl von 58,2% erreicht, in den 3 ersten schon 62,5%. Ebenso wie bei **Mayer** haben nach Ablauf des ersten halben Jahres schon 88% ihre Periode.

Es ist kein Zufall, dass gerade die Erfahrungen mit der Kinderpraxis dazu führten, die herrschende Ansicht von der physiol. Laktationsamenorrhoe zu erschüttern.

Die folgende Abhandlung von **Elis Essen-Möller**, der wir uns jetzt zuwenden, ist auf Grund von Erfahrungen entstanden, die mit der **Gebhard**'schen Lehre von der physiologischen Laktationsamenorrhoe in Widerspruch stehen.

Elis Essen-Möller-Lund: „Ueber das Verhalten der Menstruation während des Stillens[13]) stützt sich auf 428 Angaben von Frauen und lässt die Zahl der Beobachtungsfälle ausser Acht.

Er teilt sein Material wie folgt ein:

1. Regelmässige Menses bei der Laktation bei	254	Frauen	59,3%
2. Stets Amenorrhoe bei. . . .	138	„	32,3%
3. Das eine Mal Amenorrhoe, dann wieder Menses bei. . . .	30	„	7,1%
4. Kurz vor dem Entwöhnen oder nur einmal beim Nähren trat die Regel auf. . . .	6 ×	=	1,4%
	428	=	100%

Das Wiedereintreten der Regel wird durch folgende Tabelle illustriert (**bei 202 Frauen**).

Im	1.	und	2.	Monat	post	partum	bei	77	Frauen	= 38,1%
„	3.	„	4.	„	„	„	„	32	„	= 15,8%
„	5.	„	6.	„	„	„	„	30	„	= 14,9%
„	7.	„	8.	„	„	„	„	23	„	= 11,4%
„	9.	„	10.	„	„	„	„	11	„	= 5,4%
„	11.	„	12.	„	„	„	„	20	„	= 9,9%
„	13.	„	14.	„	„	„	„	3	„	= 1,5%
„	15.	„	16.	„	„	„	„	1	„	= 0,5%
„	17.	„	18.	„	„	„	„	5	„	= 2,5%

Auf Grund dieser Zahlen erklärt **Essen-Möller** das Wiedereintreten der Regel als das Normale, da es in fast 60% beobachtet wird.

Dies sind die kurzen und übersichtlichen Daten bei **Essen-Möller**. Die Gesammtzahl der Geburten würde sich auf c. 750 bei 428 stillenden Frauen belaufen.

Die beim Stillen eingetretenen Graviditäten hat **Möller** unberücksichtigt gelassen. Er hat es absichtlich getan, da er erklärt, dass man über die Gründe des Ausbleibens der Regel nichts Sicheres zur Zeit weiss und der Schluss vom Ausbleiben der Regel auf ein Sistieren der Onulation nicht zulässig sei.

[13]) Zentr. f. Gyn. Nr. 6. S 175 ff. 1906.

Fast gleichzeitig ist die Arbeit von Heil[14]) erschienen. Sie ist die umfangreichste und enthält ein vollständiges Literaturverzeichnis. Heil's Arbeit unterscheidet sich wesentlich von den übrigen, indem er sich nicht nur auf die statistischen Zahlen beschränkt, sondern auch die praktischen Konsequenzen betont, die sich aus seinen Schlüssen ergeben. Seine Resultate sind folgende. Heil verwertete die anamnestischen Daten von 200 Frauen, die 499 Mal gestillt hatten.

Es hatten die Regel beim Stillen

von 200 Fr.	125 Frauen	=	62,5%
Amenorrhoe dagegen	75 „	=	37,5%
	100		

Ganz anders sind die Zahlen, falls man die Stillungsgeschäfte ins Auge fasst.

Bei 499 Stillungsgeschäften	trat 234 × die Periode auf	=	46,8
Amenorrhoe	„ 265 × „ „ „	=	53,2
	499		%

Nach Abzug von 11 Frauen, mit 21 Laktationen die nur 6 Wochen oder weniger gestillt hatten ist das Verhältnis so:

125 Frauen	mit Menses	=	66,1%
64 „	„ Amenorrhoe	=	33,9%
189 Frauen			%

Fasst man die Stillungsgeschäfte einzeln ins Auge, so ergiebt sich dass von 478 Stillungsgeschäften (499—21)

234 ×	Menses eintraten	=	48,9%
244 ×	Amenorrhoe herrschte	=	51,1%

Ich füge gleich folgende Tabelle hinzu über den Termin des Wiedereintretens der ersten Regel.

Die I. Regel trat ein

im 1. Monat	bei 1 Laktation	} = 4,5 (1.–2. Monat)	} 18,5 (1.–3. Monat)	} 43,2 (1.–6. Monat)
„ 2. „	„ 9 „			
„ 3. „	„ 31 „			
„ 4. „	„ 14 „			
„ 5. „	„ 19 „			
„ 6. „	„ 22 „			
„ 7. „	„ 9 „			} 56,7 (7.–12. Monat)
„ 8. „	„ 5 „			
„ 9. „	„ 30 „			
„ 10. „	„ 6 „			
„ 11. „	„ 8 „			
„ 12. u. später	68 „	= 30,6		

Bis jetzt haben die Autoren entweder die eine oder die andere Art der Berechnung des Prozentverhältnisses gewählt. Bendix und Essen-Möller haben die Zahl der stillenden Frauen als Ausgangspunkt angenommen, Mayer dagegen die Zahl der Stillungsgeschäfte. Heil hat zum ersten Mal beide Arten neben einandergestellt und hingewiesen auf die Differenz, bei der ersten Berechnungsart — nach der Zahl der Frauen — ist das Verhalten ein 62,5 : 37,5. Im anderen Falle dagegen 49, : 51.

Diesen Unterschied erklärt Heil durch die grosse Zahl der Mehrgebärenden. Denn bei jeder folgenden Laktation trete die Regel immer später und später auf, so dass bei den letzten Laktationen meist Amenorrhoe herrsche.

Auch die aufgetretenen Konzeptionen hat Heil berücksichtigt. Von den 200 Frauen wurden 24=12% gravid, 17 regelmässig Menstruierende =13,6% (von 123) und 7 Amenorrhoische 9,3% (von 75).

Aus Heils Tabellen geht hervor, dass imganzen 36 Mal Graviditäten eintrat, 24 Mal bei regelmässig Menstruierten, 12 Mal bei Amenorrhoischen. Da die Zahl der Stillungsgeschäfte bei der einen und bei der anderen Gruppe kaum divergiert, so heisst das mit anderen Worten, dass Gravidität beim Stillen mehr als noch einmal so häufig eintritt bei regelmässig Menstruierten' als bei Amenorrhoischen.

Die durchschnittliche Stillungszeit ist bei Heil nicht genau zu ersehen, da er nur von 430 genaue Angaben macht. Nach diesen Zahlen zu urteilen ist durchschnittlich nicht viel länger als 7,1 Monat gestillt worden.

Auf den übrigen Teil der Heil'schen Arbeit will ich später zurückkommen.

Dies waren die mir bekannten Arbeiten in der deutschen Literatur über dieses Thema. Aus der englischen ist eine Arbeit von Remfry anzuführen, die 1896 erschienen ist. Ich habe sie mir nicht zugänglich machen können und muss ich mich daher auf das kurze Referat in dem Zentralblatt [15]) beschränken.

Bei dem stattlichen Material von 900 Frauen hat Remfry 57% Amenorrhoe, 43% Menstruation gefunden. Die Konzeption trat bei Amenorrhoe in 6%, bei Menstruierten in 60% der Fälle ein.

Bei Nichtstillenden trat die erste Regel meist 6 Wochen post partum ein.

Sehr interessant wäre eine genaue Betrachtung dieser Zahlen. Denn das Material ist selten gross, um 900 stillende Frauen handelt es sich. Ich muss lebhaft bedauern, dass ich in das Original keinen Einblick gewinnen konnte, um im einzelnen die Resultate zu würdigen.

Wie Remfry das Verhältnis ausgerechnet hat, ist aus dem Referat nicht zu ersehen. Nähere Angaben über die sozialen Verhältnisse aus denen sein Material stammt, fehlen auch vollkommen. Es entzieht sich somit seine Arbeit einer kritischen Besprechung und muss daher im Grossen und Ganzen ausser acht gelassen werden.

Soviel geht jedenfalls auch aus seinem Material hervor, dass die Lehre von der physiologischen Laktationsamenorrhoe nicht einwandsfrei ist, da er in 47% der Fälle das Wiedereintreten der Menses konstatiert.

Aus der französischen Literatur scheint keine grössere Bearbeitung dieser Frage vorzuliegen. Heil[16]) führt Gillet und Jakob an. Von letzterem ist die Aeusserung erwähnt, dass die Regel beim Stillen sich im 6. Monat bei Erststillenden, im 8—10 bei Zweitstillenden einstellt, und sie bei den folgenden Laktationen überhaupt nicht mehr auftritt.

Wir sehen somit, dass die Reihe der Untersuchungen über dieses Thema sehr klein ist. Wenn wir von Bendix absehen, der in seinem Thema mehr den Einfluss der Menstruation auf die Laktation, als die Häufigkeit der Menses beim Stillen beachtete, so haben wir es nur mit der Arbeit von Mayer und Remfry zu tun. In der allerletzten Zeit, als ich schon mein Thema in Angriff genommen hatte, sind dann den beiden Arbeiten von Essen-Möller und Heil hinzugekommen.

[14]) Dr. K. Heil, Laktation und Menstruation. Mon. f. Geb. und Gyn. Bd. XXIII. H. 3. 1906.

[15]) Zentr. f. Gyn. 1896. S. 935.

[16]) l. c. S. 343.



Mein Material entstammt zum grössten Teil dem Rigaschen Stadtkrankenhaus, indem ich die Angaben der Frauen verwertet habe, die in die geburtshilfliche oder gynäkologische Station eingetreten oder ambulatorisch und poliklinisch vom Krankenhaus aus behandelt sind. Einen ganz geringen Bruchteil meiner Daten verdanke ich den Angaben Dr. Keilmanns, die er seiner Privatpraxis entnommen hat. Es handelt sich bei einer Gesamtzahl von 600 vielleicht um 40 Frauen der besser situierten Stände. Da ich nicht immer selbst imstande war, die Patienten persönlich zu befragen, so ist die Auskunft in den verschiedenen Fragen nicht immer gleich reichhaltig gewesen. So erklärt es sich auch, dass die Angaben über die Nationalität wohl ziemlich vollständig sind, die Angaben dagegen, ob Patientin in der Stadt oder auf dem Lande aufgewachsen sei, aber nicht so zahlreich vorliegen.

Mein Material besteht aus rund 600 Frauen, von denen für obige Untersuchung in erster Linie nur 560 in Betracht kommen. Denn die übrigen 40 (richtiger 41) haben nicht gestillt und liegen bei ihnen die Verhältnisse hinsichtlich des Eintritts der Menstruation post partum sehr einfach. Ich kann sie deshalb später sehr kurz abmachen.

Die Einheitlichkeit meines Materials zeigt sich vor allem daraus, dass es sich um Frauen handelt, die zum grössten Teil ein und derselben sozialen Stufe angehören. Ich habe mich begnügt mit einer Zweiteilung und rechne zur I. Gruppe alle diejenigen, die gut situiert sind und zur II. Gruppe alle übrigen, auf die die Last des Hausstandes ganz allein zurückfällt, ohne dass sie imstande wären sich durch Dienstboten alle nötigen Hausverrichtungen abnehmen zu lassen. Bei näherer Umschau erfährt man, dass der grösste Teil dem Handwerker- oder Fabrik- oder Kleinhändlerstande angehört. Ein ganz geringer Teil gehört zur sog. „Gesellschaft" und ist dem entsprechend situiert. Es mag auf den ersten Blick vielleicht gleichgültig erscheinen, dass ich die sozialen Verhältnisse betone. Es ist aber nicht zufällig, dass gerade die schlechtesten hygienischen Verhältnisse von der Armut und Unwissenheit unzertrennlich sind. In %% ausgedrückt gehören von den 560 Frauen 94,6% der II. sozialen Gruppe an und 5,4% der I.

Auch nicht ganz gleichgiltig erscheinen mir die Angaben über die Verhältnisse, in denen die Frauen aufgewachsen sind. So interessant dieser Punkt auch ist und so oft er uns auf Ursachen hinweisen könnte, die uns sonst verborgen bleiben, so war ich doch nicht in der Lage darüber noch genauere Angaben zu erhalten. Bei dem mangelnden Verständnis und dem geringen Bildungsstand der Frauen hätte ich auch nur wenig einwandsfreie Angaben erhalten. Denn ob ein Mädchen in Sonne und Wind auf dem Lande aufwächst oder in einem Kellergeschoss eines hochstöckigen Stadthauses, ist doch nicht gleichbedeutend. Ich habe diesen Punkt auch nur soweit berücksichtigt, dass ich mich beschränkte auf die Notiz, ob die betreffende Frau auf dem Lande oder in der Stadt aufgewachsen sei. Ich habe nur von einem kleinen Teil diese Frage beantwortet erhalten, von 228 Frauen.

Von diesen waren mir 28% auf dem Lande, 72% in der Stadt aufgewachsen. In dieser Kürze haben diese Zahlen direkt für diese Arbeit wenig praktischer Wert, sind aber vielleicht doch mit dem Gesammtresultat in Einklang zu bringen.

Auch die nationalen Unterschiede habe ich in Kürze berücksichtigt Der Unterschied liegt natürlich nicht in der Nationalität als solcher, als vielmehr in der Bildungsstufe, die die einzelnen Nationen einnehmen. Dass die aus den baltischen Provinzen Stammenden auf einer höheren Stufe stehen, als z. B. Russen und Litauer brauche ich wohl nur mit dem Hinweis auf die Volksschule zu begründen, die bei uns schon durch mehrere Generationen besteht, mit der Bildung geht auch der Wohlstand Hand in Hand, wie es die bäuerlichen Verhältnisse bei uns zu Lande im Gegensatz zu den innerrussischen deutlich zeigen. Meine Zahlen sind kurz folgende:

Von 500 Stillenden (60 Angaben fehlen) sind

54,6 %	Letten
17,6 %	Russen
13,4 %	Deutsche
8,0 %	Juden
4,6 %	Litauer
1,4 %	Polen
0,4 %	Esten

Mein Material zerfällt in 2 Hauptgruppen, in solche die gestillt und solche die überhaupt nie gestillt haben. Letztere sind 6,7% oder 41 von 601.

Was wir über diese Gruppe (A) zu sagen haben lässt sich kurz zusammenfassen. Zum grössten Teil gehören Erstsillende dazu.

23 ×	1-Stillende
7 ×	2- „
2 ×	3- „
6 ×	4- „
1 ×	5- „
2 ×	6- „

Genaue Angaben über das Eintreten der I. Regel beim Nichtstillen liegen in 59 Fällen vor. Aus der Gruppe der übrigen die sonst gestillt haben, rechnen wir noch 37 hinzu, in denen aus irgend welchen Gründen das Stillen unterbleiben musste. Wir haben somit für diese Beobachtungsreihe ein Material von 96 Fällen. Von denen haben die I. Regel schon

im 1. Monat	24 Fr.	=	25 %
„ 2. „	58 „	=	60,4%
„ 3. „	4 „	=	14,6%
„ 4. „	2 „	=	
„ 5. „	7 „	=	
„ 6. „	1 „	=	
	96		

Somit finden wir ebenso wie Mayer (82%), dass in mehr als 80%, genau in 85% die I. Regel schon im II. Monat eintritt.

Rechnen wir hier nach Wochen, — es heisst meist in den Angaben nach $1^1/_2$ Monaten — so stimmt unsere Erfahrung mit der Mayer'schen überein, der nach 6 Wochen die grösste Zahl fand (45%). Also hat der Uterus post partum beim Nichtstillen in 6 resp. 4 Wochen seine Umwandlung zur Norm durchgemacht.

(Mayer's Zahlen sind ebenso gross wie meine, 99 Beobachtungen).

Stellen wir hierzu in Parallele die I. Menstruation nach Aborten, so finden wir nach Engländer[17]) folgendes Gesetz bei einem Material von 57 Aborten.

Die I. Regel trat ein in	64,9%	nach 4	Wochen.
	14,0%	„ $4^1/_2$	„
	10,5%	„ 5	„
	3,5%	„ $5^1/_2$	„
	7,0%	„ 7	„

D. h. in 78,9% tritt die I. Regel schon nach 1 Monat, also zur gewöhnlichen Zeit der periodischen Blutung auf.

Da ich bei meinem Material auf diesen Punkt wenig geachtet habe, habe ich nur 29 Beobachtungen notiert, von denen 23 × die Regel zur Zeit eintrat, d. h. in c. 80% der Fälle.

Somit stimmen meine Beobachtungen mit denen Engländers überein, dass durch einen Abort der Eintritt der Menses nicht hinausgeschoben wird.

Wir haben somit kennen gelernt das I. Gesetz, wann nach einem Abort die I. Regel einzutreten pflegt und das II. Gesetz über den Eintritt der Regel beim Nichtstillen. Jetzt wenden wir uns unserem Hauptthema zu und wollen die Frage untersuchen, wann beim Stillen die I. Regel eintritt.

Wir teilen unser Material in 3 Gruppen B, C, D, (zu A gehören die Nichtstillenden).

Die I. Gruppe B, umfasst alle, die stets Amenorrhoe beim Stillen haben.

Die II., C, die stets regelm. menstruieren.

Die III., D, enthält die gemischten Fälle.

Zur I. Gruppe (B) gehören 205 Frauen mit 679 Stillungsgeschäften, I Stillende 59. Mehrfachstillende 146. Die Stillungszeit ist im Durchschnitt eine ziemlich grosse, nämlich 10,6 Monate. Ein ganz kleiner Teil hat nur 1 oder 2 Monate gestillt. Mehr als 1/2 Jahr wurde noch in 75% der Fälle gestillt. 9 Monate noch mehr als die Hälfte 58,6.

Mehr als 1 Jahr wurde in 35,6% gestillt mehr als 15 Monate noch in 20%.

Schwangerschaften traten in 77 mal d. h. 11,4%.

Rubrik C enthält die regelmässig Menstruierten. Es handelt sich hier um 278 Frauen mit 820 Beobachtungsfällen, die Dauer der Stillzeit stimmt imganzen überein mit der in der vorigen Gruppe.

Im Durchschnitt beträgt sie 10 Monate, die Zahl der Erststillenden zu den Mehrstillenden verhält sich wie 103 zu 175.

In der III Gruppe (D) sind alle diejenigen Mehrstillenden aufgenommen, die das eine Mal Amenorrhoe, das andere Mal Menses haben, diese Rubrik ist bei weitem kleiner sie umfasst nur 77 Frauen mit 293 Stillungsgeschäften.

Zum Unterschied von der früheren ist hier die Stillungszeit grösser, sie beträgt im Durchschnitt 14,4 Monate. Wir sehen also in alle 3 Gruppen ziemlich ähnliche Verhältnisse, was die Stillungszeit anbetrifft. 10 Monate ist also das durchschnittliche Mass dieser Zeit. In den beiden ersten Gruppen ist die Zahl der I Stillenden bedeutend kleiner, als die der Mehrstillenden 162 I St. gegen 398 Mehrstillende überhaupt.

Wenn wir die absoluten Zahlen einander gegenüberstellen, so finden wir folgendes:

Von den 560 Frauen lassen wir die 77 ausser acht, die bald Menses, bald Amenorrhoe haben, da man sie weder zur Gruppe B oder C zählen kann.

Es kommen somit in Betracht:

B	205	Amenorrhoische	= 42,5%
C	278	regelmässig Menstruierte	= 57,6%
	483		= 100%

Etwas anders gestalten sich die Zahlen, wenn wir die Beobachtungsfälle mit einander vergleichen.

B	679	Amenorrhoische	= 44,3%
C	820	regelmässig Menstruierte	= 54,7%
	1499	Beobachtungsfälle.	

[1]) Zentr. f. Gyn. 1906. Nr. 7. S. 211.

Beide Mal also finden wir ein Ueberwiegen der regelmässig Menstruierten. Zählen wir zu unseren 1500 Fällen noch die der letzten, gemischten Gruppen hinzu, so haben wir:

B Amenorrhoische	statt 679	jetzt 833	=46,5%
C Regelmässig Menstruierte	„ 820	„ 959	=53,5%
	1499	1792	

Gewisse Fehlerquellen sind aber noch zu berücksichtigen. Wir müssen eine Stillzeit von 1—2 Monaten in Abrechnung bringen, da sie ja mit Unrecht der Gruppe B der Amenorrhoischen zugezählt sein können. Wir müssen dann 64 Beobachtungsfälle streichen. Also

B	769	= 44,5%
C	959	= 55,5%
	1728	100 %

Auch jetzt ist noch die Zahl der Amenorrhoischen zu hoch gegriffen. Denn wir haben die Gravidität nicht in Abzug gebracht. Sie beträgt nicht weniger als 112. Ziehen wir diese Zahl ab, so erhalten wir weniger als 40% Amenorrhoe. Man könnte dagegen einwenden, dass es noch nicht bewiesen ist, dass die Regel bei diesen Frauen eingetreten wäre, wenn es nicht zur Konzeption gekommen wäre. Dagegen lässt sich anführen, dass es sehr wahrscheinlich ist, dass wenn die Regel nicht gleich, so doch in folgendem Monat aufgetreten wäre. Ferner ist es auch von Bedeutung, dass die stillenden Frauen, die die Menses haben, leichter konzipieren, als die anderen.

Zur Genüge geht jedenfalls aus diesen Zahlen hervor, dass das Wiedereintreten der Regel ein häufiges Ereignis ist und fast in 60% aller Fälle die Norm ist.

Diese Zahlen stimmen auffallend mit den von Mayer 58,7, Bendix 60,7, Heil 62,5, Möller 59,3 gefundenen überein. Nur eine Beobachtungsreihe stimmt nicht damit. Die Zahlen von Remfry geben das umgekehrte Verhältnis an. Doch wie gesagt die Arbeit kann ich keiner Kritik unterziehen, da ich sie nicht habe erhalten können und muss ich sie daher ausser acht lassen.

Somit steht also fest, dass die Regel in fast 60% der Fälle eintritt und somit als physiologischer Vorgang aufzufassen ist. Die Annahme von der physiologischen Laktationsamenorrhoe ist somit hinfällig.

Von Interesse ist es jetzt für uns zu erfahren wie früh bei den regelmässig Menstruierten die I. Regel eintritt.

Wir finden da, dass schon in den beiden ersten Monaten post partum die Regel in mehr als der Hälfte der Fälle auftritt, in 51,2%.

Im 1. Monat in 17,0	} 51,2		} 62,3
„ 2. „ „ 34,2			
„ 3. „ „ 11,1		83%	
„ 4. „ „			
„ 5. „ „			
„ 6. „ „			

Vom 4. Monat ab nehmen die Zahlen im Verhältnis zu den ersten 3 rapid ab und erreichen vom 7. an nie mehr die Grösse, wie in irgend einem der früheren Monate.

Diese Tatsache stimmt auffallend zu den beiden oben gefundenen Gesetzen: nämlich dass die Regel physiologisch 6 Wochen post partum auftreten müsste und wenn sie dann noch nicht eintritt, sondern später, es nur eine Ausnahme sein kann.

Vergleichen wir auch hiermit die Resultate der früheren Forscher, so finden wir eine überraschende Uebereinstimmung bei Mayer und Bendix.

I. Regel post partum nach

	Mayer	Bendix	Essen-Möller		Heil	
1. Monat	13,5%	13,5		38,1% (1.–2.)	1.–2.	4,5
2. „	34,0%	44,7				
3. „	11,7%	4,1	3. u. 4.	15,8		14,5
	59,2%	62,3%	1.—4.	53,9		18,5

Nach Mayer, Bendix und mir tritt also schon in den ersten 3 Monaten die Regel in 60% ein. Bei Möller ist erst in 4 Monaten etwas mehr als die Hälfte menstruiert.

Völlig abweichende Verhältnisse finden wir bei Heil.

Bei ihm sind die Zahlen der in den ersten Monaten Menstruierten auffallend klein, sodass erst in einem ½ Jahr 43,2% menstruieren während eine auffallend grosse Zahl, mehr als 30,6% erst vom 12. Monat und später ihre Regel bekommt. Dieses Resultat ist jedenfalls sehr auffallend und bedarf einer Erklärung. In der Heil'schen Arbeit finden wir keine näheren Angaben darüber sodass wir uns nur mit Vermutungen begnügen müssen. Ich glaube aber, dass je nach dem der Entwöhnungsprozess sich über eine kürzere oder längere Zeit erstreckt ein Unterschied besteht und falls also der Säugling schon längere Zeit Beikost erhielt neben der Mutterbrust, so ist es möglich, dass unterdessen schon einmal die Regel eintrat, ehe das Kind abgesetzt wurde. Beim Durchsehen meiner Tabelle C habe ich diesen Fehler vermieden, indem ebenso wie bei Essen-Möller die Regel stets mehrere Mal beim Stillen auftreten musste, um gerechnet zu werden. Hie und da nur ist eine Ausnahme gemacht, wenn ausdrücklich konstatiert wurde, dass der Eintritt der Regel das Absetzen des Kindes bedingte.

Somit gilt, dass in der Mehrzahl der in der Lit. veröffentlichten Beiträge die I. Regel post partum bei den regelmässig Menstruierten früh, d. h. in den 3 ersten Monaten in c. 60% auftritt.

Ueber den Eintritt einer neuen Konzeption beim Stillen habe ich folgende Daten gesammelt

			Graviditäten	
B	bei 679	Amenorrhoischen	77 ×	= 11,3%
C	„ 820	regelmässig Menstruierten	220 ×	= 27 %
D	„ 293	Gemischten	80 ×	= 32,1%
			377 ×	

Nur auf die Rubriken C u. B berechnet.

B	833	mit Graviditäten	112	= 13,6%
C	959	„ „	265	= 27,5%
	1792		377	

D. h.: Schwangerschaft tritt bei regelmässig Menstruierten noch einmal so häufig ein als bei Amenorrhoischen.

Hierzu fehlen uns die Vergleichungszahlen bei Mayer und Möller.

Bei Heil dagegen finden wir genau dasselbe Verhältnis, wie ich es schon früher erwähnt habe. Bei Bendix sind die Zahlen zu klein, um Schlüsse daraus zu ziehen.

Wir erwähnten schon früher, dass wir mehrfach in der Literatur die Angabe finden, dass bei wiederholtem Stillen die Regel immer später und später aufzutreten pflege. So konnten wir auch den Unterschied bei Heil erklären, der einmal 38% Amenorrhoe, dann 51% fand, je nachdem er die Zahl der Frauen oder die Zahl der Stillungsgeschäfte seiner Berechnung zu Grunde legte.

Nach meinen Beobachtungen kann ich sagen, dass der Typus des Wiedereintritts der Regel bei Mehrstillenden sich nur unbedeutend ändert. Bei zunehmender Zahl der Laktationen tritt die folgende um ein geringes später ein, als die vorherige. Bei einer Zweiteilung in Erst- und Mehrstillende ist nur ein sehr geringer Unterschied wahrzunehmen.

Bei 175 Mehrstillenden aus der Rubrik C trat nur 15× d. h. in 8,6% der Fälle eine Verspätung ein.

Bei 113 Frauen, die 3 mal oder öfters stillten, war eine Verspätung in 15 Fällen d. h. in 13,2% zu beobachten. In der Rubrik D haben wir ähnliche Zahlen. Da es sich hier aber um noch häufigere Laktationen als in Rubrik C handelt, so ist das prozentische Verhältnis 20—26%.

So wertvoll vielleicht die Angaben über Stand und soziale Verhältnisse wären zur Klärung der Frage nach den Ursachen der Amenorrhoe, so bin ich doch nicht in der Lage Schlüsse aus meinen Zahlen zu ziehen.

Nur eine Zahl fällt auf; die Zahl der besser situierten zu, denen auch die Gebildeteren gehören, ist relativ am stärksten vertreten in der Gruppe der Deutschen. Von diesen entfallen fast ⅔ (64%) auf die Gruppe C, wo Laktation und Menstruation zusammenfallen. Es scheint mir dies doch nicht ein blosser Zufall zu sein.

Bei den Bauern ist das Verhältnis das Umgekehrte, indem mehr als die Hälfte zur Rubrik B (Amenorrhoe) gehört.

Die obigen Zahlen sind zu unbestimmt, um verwertet zu werden. Ich will deshalb auch nicht in den Kreis meiner Betrachtungen ziehen das Verhältnis der Stadt- und Landbevölkerung zu einander.

Scharfe Grenzen sind hier schwer zu ziehen, da schliesslich der grösste Teil in der Stadt lebt, wenngleich c. 30% von ihnen auf dem Lande aufgewachsen sind. Durch das Stadtleben können aber auch noch in späterer Zeit Veränderungen in Betracht kommen, die sich unserer Kontrolle entziehen.

Ueber die Häufigkeit der Konzeption beim Stillen haben wir schon gesprochen. Erinnern wir uns, dass erst nach ½ Jahr 80% der regelmässig Menstruierten ihre Periode wiederbekommt so erscheint es nicht sonderbar, dass die grösste Zahl der Konzeptionen erst in die 2. Hälfte des Stilljahres fällt. Wir haben hier ganz dieselbe Erscheinung wie oben, dass Amenorrhoe und Konzeption seltener zu beobachten sind als Menses und Konzeption.

Ich will in Kürze die Ergebnisse meiner Untersuchung zusammenfassen und die Konsequenzen daraus ziehen.

Wir haben gesehn:

I) Nach Aborten stellt sich die Regel zur gewöhnlichen Zeit, d. h. nach 4 Wochen wieder ein.

II) Nach Geburten, wenn nicht gestillt wird, tritt die Regel schon nach 6 Wochen auf.

III) Nach Geburten, wenn gestillt wird, ist der Eintritt der Regel beim Stillen nur in 60% zu beobachten.

IV) Der Eintritt der Regel beim Stillen ist am häufigsten im 2. Monat zu erwarten. Von den regelmässig Menstruierten haben schon ca. 60% in den beiden ersten Monaten ihre Regel, ca. 80% im ersten Halbjahr. Der Eintritt der Regel im II. Halbjahr ist viel seltener zu beobachten.

V) Gravidität tritt bei Amenorrhoischen halb so oft ein, als bei regelmässig Menstruierten. Bei letzteren tritt in mehr als 25% der Fälle Konzeption beim Stillen ein.

VI) Der Typus des Eintretens der Regel bei Mehrstillenden ist nicht immer der gleiche. Durch wiederholte Laktationen wird, namentlich bei Frauen, die mehr als zum II. Mal stillen, die Menstruation um ein geringes hinausgeschoben.

Wir haben gesehen, dass diese Resultate zum grössten Teil mit denen bei Mayer, Bendix, Essen-Möller, und auch Heil übereinstimmen.

Von allen wird jedenfalls übereinstimmend angenommen, dass die Lehre von der physiologischen Laktationsamenorrhoe unhaltbar sei.

Es ergiebt sich aber noch folgende Konsequenz, die Heil nicht gezogen hat, obgleich er die von Thorn aufgestellte Lehre von der physiologischen Laktationsatrophie des Uterus erwähnt.

Zu einer physiologischen Laktationsatrophie des Uterus können wir uns jetzt nur skeptisch verhalten. Wir finden in Thorns Beweisen keinen einzigen Punkt, der das Physiologische dieser Erscheinung erklärt.

Wenn Thorn[18]) findet, dass die Ursache der Atrophie des Uterus nur die Laktation sein kann, da man bei Robusten, wie bei Anämischen dieselbe Beobachtung mache, so steht dazu in striktem Widerspruch die Behauptung Thorns, dass Intensität und Dauer der Atrophie von dem allgemeinen Kräftezustand und der sozialen Lage der Säugenden abhänge. Entweder es giebt beide Mal einen Zusammenhang oder kein Mal.

Ueber die Ursachen der Amenorrhoe äussert sich Essen-Möller vorsichtig dahin, dass wir zur Zeit nichts Sicheres darüber wissen. Ebenso Heil. Im Anschluss an obige Resultate drängen sich aber einem folgende Betrachtungen auf. Je nach den Leistungen, die von dem mütterlichen Organismus verlangt wurden, stellt sich die Regeneration des Uterus wieder her. Nach Aborten früher als nach Geburten. Nach Geburt beim Nichtstillen früher als beim Stillen. Der Grad der Arbeitsleistung ist hier ausschlaggebend. Somit müssen wir die Amenorrhoe als Selbstschutzvorrichtung des Körpers betrachten. Je nach der Widerstandsfähigkeit des Individuums tritt die Amenorrhoe ein oder nicht. Im engsten Zusammenhang hiermit steht die Beobachtung, dass Amenorrhoische nur halb so oft konzipieren wie regelmässig Menstruierte, dass ferner die grösste Anzahl der Konzeptionen beim Stillen in die Zeit fällt, wo die Menses eingetreten sind, also in die II. Hälfte des Stilljahres, wo 80% und mehr menstruieren.

Diese Auffassung von der Amenorrhoe als Schutzvorrichtung bei schwächlichen Individuen, ist so naheliegend und natürlich, dass man sich wundern könnte, dass sie nicht schon früher ausgesprochen ist. In der Tat ist sie auch schon ausgesprochen, freilich nicht so direkt und bewusst wie von mir. Was kann es denn anders heissen, als dass Amenorrhoe und Ernährungszustand im engsten Zusammenhang stehn, wenn Thorn erklärt, dass die regelmässige Menstruation bei besonders günstigen Ernährungsverhältnissen vorkommt?

Ich bin nun der Ansicht, dass dieser besonders günstige Ernährungszustand das Normale ist oder sein sollte und wenn man sich wundert, dass man diese Norm so selten beobachtet, so kann ich nur aufmerksam machen auf die Tatsache, dass die Menschen um uns herum garnicht so kerngesund sind, wie man auf den ersten Blick annehmen könnte. Bestimmt man die normale Leistungsfähigkeit mit 100, so werden wir häufiger 60 und 50 finden, als 100.

[18]) Münch. med. W. 1901, Nr. 47. Die praktische Bedeutung der Laktationsatrophie des Uterus.

Der Beweis für meine Erklärung der Laktationsamenorrhoe könnte durch eine grössere Untersuchungsreihe von Frauen zu den verschiedenen Zeiten des Stillens erbracht werden. Dies gehört schon nicht mehr in den Rahmen dieser Arbeit.

Zum Schluss betone ich noch kurz die Konsequenzen für die Praxis, die sich aus obigem ergeben und schon anderwärtig oft ausgesprochen sind. Nämlich weder das Eintreten der Regel noch das Eintreten einer neuen Gravidität ist Grund fürs Absetzen des Kindes. Ein solches Verfahren sollte ein für alle mal nur einer älteren Zeit angehören, wo man über das Wesen der Kinderernährung, nur sehr mangelhafte Kenntnisse besass.

Dass wir noch weit von dieser Einsicht entfernt sind, beweist der Umstand, dass fast in der Hälfte der Fälle die Kinder beim Eintritt der Menses oder der Gravidität abgesetzt werden. Nur zum Teil ist dies auf die Unwissenheit des Volkes zurückzuführen. In einem nicht geringen Teil finde ich aber in meinen Tabellen die Notiz: Auf Rat des Arztes abgesetzt. Es ist dies dieselbe Erscheinung wie in der Literatur. Der Gynäkologe hat sich noch nicht vom Kinderarzt über seinen Irrtum belehren lassen.

Professor Ernst von Bergmann †.

Wirklicher Geheimrat Professor Ernst von Bergmann ist am 12. März 1907 in Wiesbaden aus dem Leben geschieden. Tiefe, aufrichtige Trauer brachte diese Nachricht in die Aerztewelt aller Erdteile und Reiche, um eine leuchtende, allbekannte Gestalt war die Aerztewelt ärmer geworden, einer unserer Besten war uns genommen. Noch soeben hatten die Feste in Berlin zu Bergmanns 70-jährigen Geburtstage seinen Namen durch die Presse in aller Herren Ländern gefeiert. In dankbarer Anerkennung seiner grossen Verdienste und in Achtung vor seiner imponierenden Persönlichkeit hatte sich die Mitwelt seines Wertes erfreut. Mit Freude und Stolz nahmen wir Balten innigen Teil an den grossen Ehrungen unseres Heimatgenossen, in alter, unveränderlicher Dankbarkeit und Verehrung teilten wir Schüler und Freunde des unvergesslichen begeisterten und begeisternden Lehrers seine Feste.

Neue Ehrungen und Feste wurden soeben für den Frühling vorbereitet, es sollte die 25-jährige Lehrtätigkeit Bergmanns in Berlin gefeiert werden. Dann beabsichtigte er in den Ruhestand zu treten, sein Kateder einer jüngeren Kraft einzuräumen und von der grossen Lebensarbeit auszuruhen.

Das Schicksal hat es anders gewollt.

Heute ist er zu Grabe getragen. Ruhe sanft, grosser Lehrer, deine Schüler hören noch heute deine Stimme tönen, deine begeisternde Rede hallt noch heute wieder in ihren Herzen und Dankbarkeit, erfüllt sie für die Flamme, die du in ihnen entfacht.

In der Chirurgie hat Bergmann seit langen Jahren eine führende Stellung gehabt, wie er dazu gelangt, bedarf jetzt nicht der Darstellung, im Dezember vorigen Jahres ist das vielfach eingehend besprochen und berichtet. Es sei nur gestattet in Kürze hier seines Werdeganges wichtigste Stationen ins Gedächtnis zurückzurufen.

Er entstammte einem angesehenen, alten Pastorenhause, schon 200 Jahre wurde die Pfarre Rujen von Bergmanns bedient, die Vorfahren hatten mehrfach literarisch sich bekannt gemacht.

Nach Absolvierung der Schulbildung in dem einstigen Birkenruhe, jetzt wieder als Landesgymnasium erstanden, bezog B. die Universität Dorpat, um sich bei der philosophischen Fakultät inskribieren zu lassen. Da aber damals auf Befehl von Kaiser Nikolaus I. für jede Fakultät nur soviel Studenten akzeptiert wurden, als für die staatliche Tätigkeit für nötig gehalten wurde, keine Vacanzen frei waren, Mediziner aber in unbeschränkter Zahl zum Studium zugelassen wurden, so liess sich B. zur Medizin zwingen, wie er selbst berichtet.

Nach Beendigung des Studiums 1844—60 habilitierte sich B. als etatmässiger Dozent mit der pathologisch-experimentellen Arbeit «Zur Lehre von der Fettembolie». Mit Schmiedeberg zusammen stellte er das «putride Gift» Sepsin dar. («Die Fieber und Entzündung erregenden Wirkungen der Produkte des fauligen und entzündlichen Gewebszerfalles» 1868), 1870 begab sich B. zur weiteren Bearbeitung dieses Themas zum Physiologen Kühne nach Amsterdam. 1866 machte er den deutsch-österreichischen Krieg, 1870 den deutsch-französischen Krieg mit und war dadurch von den experimentellen Arbeiten ganz zur praktischen Chirurgie wiedergekehrt. 1871 wurde er zum Nachfolger von Prof. Adelmann an der chirurgischen Klinik in Dorpat ernannt. Hier offenbarte er seine enorme Arbeitskraft, neben 12 Stunden Klinik in der Woche las er noch theoretische Vorlesungen und leitete Operationskurse, immer mit derselben Frische, Lebhaftigkeit und Beredsamkeit. Seine Vorträge waren immer gleich schwungvoll, fesselnd, klar und den Gegenstand erschöpfend. Jedem seiner Schüler werden noch in frischem Gedächtnis die Freitags-Vorlesungen sein, in denen er in zweistündigem Kolleg frei gewählte, grössere Themater der praktischen Chirurgie unter Demonstration vieler Patienten aus Klinik, Poliklinik und Privat-Praxis behandelte, so dass jeden Freitag ein Thema erschöpft war.

Neben Pirogow ist Bergmann unstreitig der bedeutendste und anregendste Chirurg gewesen, der die chirurgische Klinik in Dorpat geleitet hat. 1877—78 machte B. als Konsultant-Chirurg der Armee den russisch-türkischen Krieg mit und verliess 1878 Dorpat, einem Ruf nach Würzburg folgend. Seit 1882 war er in Berlin.

Noch ein bleibendes Denkmal hinterliess er in der Heimat durch die Anregung der Lepraforschung; beständig hielt er 1—2 Lepröse in der Klinik, um die Schüler mit diesem Leiden bekannt zu machen, das noch nicht genügend beachtet wurde.

Erst in Berlin fand B. die Stätte seine ganze, enorme Arbeitskraft zu entfalten. Neben der wissenschaftlichen, klinischen Tätigkeit schuf er organisatorisch an Institutionen für Berlin und ganz Deutschland, die heute in voller Blüte stehen, wie die Gründung des Langenbeck-Hauses, das Rettungswesen in Berlin, die ärztlichen Fortbildungs-Kurse, die jetzt in 36 Städten Deutschlands gelesen werden, das Kaiserin Friedrich-Haus, die Kölner Akademie für praktische Medizin. Ganz besonders grosse Verdienste hat B. um die Begründung und den Ausbau des ärztlichen Fortbildungswesens, das im Kaiserin-Friedrich-Haus seine Zentrale seit einem Jahr gefunden hat. Trotzdem das Leben B. äusserlich weit über das gewöhnliche Niveau des ärztlichen Standes erhoben hatte, hat er treuer als andere sich das ärztliche Standesbewusstsein bewahrt. Während viele Universitäts-Mediziner den Zusammenhang mit dem ärztlichen Stande zu lockern oder zu lösen suchten, wurde es B. von den Aerzten Berlins hochangerechnet, dass er sich immer als einer von ihnen ansah und demgemäss auch den Sitz in der Aerztekammer annahm. In der strittigen Frage der Zugehörigkeit der Dozierenden zum Aerzte-Stande, somit zur Aerztekammer, meinte er, «dass es ihm persönlich am liebsten wäre, wenn kein Unterschied gemacht würde zwischen den zur Praxis berechtigten und den die Praxis ausübenden Aerzten».

Zeit seines Lebens hat Bergmann unter den Chirurgen seiner Zeit in erster Reihe gestanden, führend, vorkämpfend und abmahnend. Dass ihm seine wissenschaftlich-literarischen Arbeiten diese Position eroberten, ist selbstverständlich; seine imponierende, liebenswürdige Persönlichkeit hielt Neid und Missgunst fern und bewahrte ihn vor Feindseligkeit der Fachgenossen. Bahnbrechend waren seine Arbeiten über Schädelbrüche und den Hirndruck, die Gelenkresektionen im Kriege, die Antiseptik, die Durchführung der Aseptik, die Behandlung der Schusswunden des Kniegelenks, die Fermentintoxikation, die Hirnchirurgie; von bleibenden Wert seine Operationsmethoden. Den weitblickenden vorahnenden Forscher zeigten die Arbeiten über das putride Gift und die Fermentintoxikationen, ihrerzeit nicht genügend bewertet, aber enthaltend die Ideen, die heute herrschen auf Grundlage unzähliger Spezialuntersuchungen.

Mit kühnem Muth an die Erforschung von wissenschaftlichen Fragen und die schwierigsten operativen Aufgaben schreitend, bewahrte Bergmann immer eine selten zu findende Kühle der Kritik und Ueberlegung. Er wusste zu wagelustigem Operieren anzufeuern, aber nur auf Grund von tief und allseitig gemachten Ueberlegungen, ungestümes Vorwärtsdrängen war ihm fremd, keine der Modethorheiten in der Chirurgie hat ihn, wie so viele andere Chirurgen des Hohen Rates, mitgerissen. Immer hat er gerade zu solchen Zeiten mahnend und ernüchternd seine autoritative Stimme erhoben und vor Unüberlegtheiten gewarnt. Ein ganzer, fester Mann an Willen, Verstand und Herz, voll Güte für die leidenden Menschen, ein begeisterter und begeisternder Lehrer für die Schüler, ein treuer, heiterer, Freund von grosser Allgemeinbildung und bestechender Liebenswürdigkeit, für die Freunde, ein Führer in der Wissenschaft und ein treuer Sohn seiner Heimat, so lebt er fort im Gedächtnis derer, die ihn kannten und ragt über das Maass seiner Zeitgenossen hinaus.

Wir haben einen schweren Verlust erlitten.

G. T.

Tagesnachrichten.

Personalia.

— Professor Dr. Ernst Haeckel wurde aus Anlass seines 50-jährigen medizinischen Doktorjubiläums vom Senat der Jenaer Universität eine lateinische Glückwunschtafel überreicht. Diese feiert in beredten Worten die grossen Verdienste des Jubilars um die biologische Wissenschaft und um die Universität Jena; sie würdigt zugleich seine Bedeutung als Schriftsteller, als künstlerischer Interpret der Schönheiten der Natur und als Führer zu neuen Aufgaben des Kunstgewerbes, dem er bis dahin ungeahnte Formenschätze erschloss.

— Die Berliner medizinische Fakultät hat zum goldenen Doktorjubiläum des Professors Dr. Herm. Senator das dem berühmten Kliniker vor 50 Jahren ausgestellte Doktordiplom ehrenhalber erneuert.

— In Berlin beging am 9. März n. St. der Neurologe Geh. Medizinalrat Prof. extraord. Dr. Martin Bernhardt das 25-jährige Jubiläum als Berliner Universitätsprofessor.

— Auf eine 25-jährige Tätigkeit als akademischer Lehrer kann der Privatdozent für Ohrenheilkunde an der Universität Halle, Professor Dr. Hugo Hessler zurückblicken.

— Dem Medizinalinspektor des abgeteilten Korps der Grenzwache, Geheimrat Dr. Boris Schapirow ist für seine Mühewaltung als Mitglied der Haupt-Evakuationskommission der St. Wladimirorden II. Klasse verliehen worden.

— Das Mitglied des mediko-philanthropischen Komitees und medizinische Kurator des Kolomna-Stadtteils in St. Petersburg Dr. Janpolski ist auf sein Gesuch verabschiedet worden, unter gleichzeitiger Beförderung zum wirklichen Staatsrat.

— Die ordentlichen Professoren der militär-medizinischen Akademie Dr. Ssirotinin, Leiter der Hospitalklinik für innere Krankheiten, und Dr. Ssimanowski, Leiter der Klinik für Hals-, Nasen- und Ohrenkrankheiten, sind in Anbetracht ihrer hervorragenden wissenschaftlichen Verdienste und da sie bereits über 10 Jahre als ordentliche Professoren fungieren, von der Konferenz der Akademie zur Akademikerwürde vorgestellt worden.

— Der Direktor der Frauenklinik an der Universität Kiel, Geheimrat Prof. Dr. Werth scheidet mit dem Schluss des Sommersemesters aus Gesundheitsrücksichten nach 22-jähriger Tätigkeit von seinem Posten.

— Der Oberarzt der Konstantinowschen Artillerieschule Dr. Kessler ist für Auszeichnung im Dienst zum wirklichen Staatsrat befördert worden.

— Der Stadtarzt von Lodz Dr. Julius Lohrer ist nach 35-jährigem Dienst von diesem Posten zurückgetreten. Dr. Lohrer, der im 75. Lebensjahre steht, ist ein ehemaliger Jünger der Dorpater Universität, an welcher er 1861 die Doktorwürde erlangte.

Nekrologe.

— Verstorben sind: 1) Am 17. März in St. Petersburg der hiesige Arzt Staatsrat Dr. Emil Sesemann im 67. Lebensjahre. Der Hingeschiedene stammte aus Livland und hatte seine medizinische Ausbildung an der früheren mediko-chirurgischen Akademie erhalten, welche er i. J. 1869 mit dem Arztgrade absolvierte. Seine ärztliche Tätigkeit begann Sesemann als Spezialist für Hautkrankheiten in St. Petersburg, wo er sich sehr bald eine grosse Klientel erwarb und neben seiner privaten Praxis viele Jahre noch die Posten eines Eisenbahnarztes an der finländischen Bahn und den eines Konsultanten der Maximilian-Heilanstalt sowie des deutschen Alexanderhospitals bekleidete. 2) Am 6. März i. St. Petersburg der Oberarzt des Leibgarde-Grenadierregiments, Staatsrat Dr. Wilhelm Sewecke, im Alter von 56 Jahren nach mehr als 30-jähriger Tätigkeit als Militärarzt. 3) Im

Kirchdorfe Lapotkowo (Gouv. Tula) der Landschaftsarzt Demetrius Ssolowjew im 35. Lebensjahre am Flecktyphus, mit dem er sich bei der Behandlung eines Kranken infiziert hatte. Der Verstorbene, welcher erst seit 7 Jahren die ärztliche Praxis ausübte, hat seine Wittwe mit drei unmündigen Kindern ganz mittellos zurückgelassen. 4) In Tyrol der Kiewer praktische Arzt Dr. Karl Schadeck im 55. Lebensjahre. Die Venia practicandi hatte er i. J. 1874 erlangt. 5) In Neu-Marghelan (Ferganagebiet) der ältere Arzt des 6. Orenburgschen Kosakenregiments Dr. Sergius Dobrosmysslow im Alter von 50 Jahren nach 25-jähriger praktischer Tätigkeit. 6) In Braunschweig der frühere Professor der Chemie und Pharmazie an der dortigen Technischen Hochschule, Geh. Medizinalrat Dr. Robert Otto, im 70. Lebensjahre. In weiteren Kreisen ist er durch seine Arbeiten auf dem Gebiete der gerichtlichen Chemie bekannt geworden.

Von Universitäten und med. Instituten.

— Die skandalösen Vorgänge in der Kiewer Universität, über welche wir in der vorigen Nummer berichteten, werden von den durch die radikalen Studentenkreise in der militär-medizinischen Akademie neuerdings in Szene gesetzten brutalen Ausfällen gegen ihre Lehrer und ihre arbeitswilligen Komilitonen noch übertroffen. Am 19. März drangen nämlich gegen 150 Studenten der militär-medizinischen Akademie, welche den Ausschluss von vier dem Verbande des russischen Volkes angehörigen Studierenden aus der Akademie verlangt und, als ihnen das nicht gelang, die von diesen besuchten Vorlesungen zu boykottieren beschlossen hatten, in das von dem Anatomen Prof. Schawlowski gehaltene Kolleg und bemühten sich dasselbe zu unterbrechen. Als nun diejenigen Studenten, die zu arbeiten wünschten, sich in das Auditorium des Professors Tereschin, der eine physikalische Vorlesung hielt, begaben, folgte ihnen der Haufe radikaler Studenten und verlangte von Prof. Tereschin, dass er seine Vorlesung einstelle und sich entferne, damit sie gemäss dem Beschlusse der Studentenversammlung das Auditorium von den Mitgliedern des russischen Volksverbandes säubern können. Da Prof. Tereschin sich natürlich weigerte, dem Ansinnen der Eindringlinge nachzukommen und sie aufforderte, die Arbeitswilligen nicht zu stören, fielen die Eindringlinge über die Arbeitswilligen her und es kam zu einer wüsten Schlägerei, bei der 7 Studenten Verletzungen erlitten haben. Zur Beschwichtigung der Radaumacher musste der dejurierende Stabsoffizier eine Abteilung Kosaken aus der benachbarten Artillerieschule hinzuziehen. Durch eine Bekanntmachung des Chefs der Akademie sind die Vorlesungen im I. Kursus bis auf weiteres geschlossen. Dieser Vorfall liefert wieder einen neuen Beweis, dass es die höchste Zeit ist für ein kraftvolles Eingreifen der Regierung, wenn nicht das ganze russiche Hochschulwesen in Frage gestellt werden soll.

— Der Privatdozent der militär-medizinischen Akademie und Assistent der therapeutischen Klinik Dr. Simnicki und der Privatdozent derselben Akademie Dr. Orlowski sind zu ausserordentlichen Professoren der Universität Kasan ernannt, ersterer — auf dem Lehrstuhl der speziellen Pathologie und Therapie, letzterer — auf dem Lehrstuhl der medizinischen Diagnostik.

— Wie aus Würzburg gemeldet wird, geht der dortige Professor der Augenheilkunde Dr. Karl Hess auf Wunsch des deutschen Kaisers in nächster Zeit nach Amerika, um dort bis Juli Fachvorträge an den Universitäten New-York, Chicago und Philadelphia zu halten. Prof. Hess ist besonders durch seine «Physiologische Physik», sowie auch eine Reihe von Arbeiten über «Akkomodation» und «Refraktion» des Auges bekannt.

Standesangelegenheiten.

— In Mologa (Gouv. Jaroslaw) sind der Stadtarzt Dr. Rostislaw Ernst und der Landschaftsarzt Dr. S. Skobnikow, welche bereits früher als politisch verdächtig verhaftet, aber freigelassen waren, neuerdings wieder gefänglich eingezogen worden.

— Der frühere Gehilfe des Gouvernements-Medizinalinspektors Dr. W. M. Krutowski in Krassnojarsk ist auf Anordnung des Irkutskischen Generalgouverneurs aus den Grenzen des im Kriegszustande befindlichen Generalgouvernements ausgewiesen worden. Es war ihm zur Abreise nur eine 3-tägige Frist gegeben worden.

— Die Zuhörerin des hiesigen weiblichen Instituts Lydia Winogradowa ist für Aufbewahrung zum Zweck der Verbreitung verschiedener Schriften der sozial-revolutionären Partei zur Festungshaft von drei Monaten verurteilt worden.

— Der unlängst verstorbene Warschauer Arzt Dr. Wladyslaw Krajewski, dessen Nekrolog wir in Nr. 10 brachten, hat der Gesellschaft Warschauer Aerzte (Towarzystwo lekarskie Warszawskie), welche seit 1821 existiert, ein Kapital von 58,200 Rbl. testamentarisch vermacht, und zwar 24,000 Rbl. als unantastbares Kapital zur Errichtung und Besoldung des Amtes eines Kustos des chirurgischen Museums der Gesellschaft, 20,000 Rbl. zur Herausgabe polnischer Arbeiten aus dem Gebiete der Chirurgie, und 14,200 Rbl. als unantastbares Kapital, dessen Zinsen zu Stipendien für Aerzte, die sich im Auslande in ihrem Spezialfache vervollkommnen wollen, zu verwenden sind.

— Eine Robert Koch-Stiftung soll zur 25-jährigen Erinnerung an die bahnbrechende Entdeckung des Tuberkelbazillus, welche wir in unserer letzten Nummer besprachen, begründet werden.

— Das «Zentralkomitee» für Krebsforschung hat, der «D. med. Wchschr.» zufolge, dem Berliner Arzt Sanitätsrat Dr. J. Wolff in Anerkennung seines Werkes über die Geschichte der Krebskrankheit und zur Förderung weiterer Forschungen auf diesem Gebiete 2000 Mark bewilligt.

Verschiedene Mitteilungen.

— Kaiser Wilhelm hat durch den deutschen Botschafter v. Schoen der Familie des verst. Leibchirurgen Dr. Hirsch sein Beileid ausgedrückt und einen Kranz auf den Sarg des Verstorbenen niederlegen lassen. Auch von dem Prinzen Heinrich von Preussen wurde ein Kranz auf das Grab niedergelegt.

— Die Trauerfeier für Professor Ernst v. Bergmann hat in Berlin am Charfreitag im Langenbeckhause an der Stätte seiner langjährigen Tätigkeit wo der Sarg aufgebahrt war stattgefunden. Nachdem der Kronprinz als Vertreter des deutschen Kaisers einen grossen Kranz am Sarge niedergelegt, folgten die kurzen Ansprachen mit Niederlegung von Kränzen durch Prof. Dr. v. Angerer im Namen des Prinzregenten von Bayern, Prof. Dr. Riedel-Jena im Namen der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie, Prof. Dr. Bramann für Bergmann's alte Schüler und Assistenten, Prof. Dr. Kraus im Namen der medizinischen Fakultät, Prof. Dr. Landau für die Berliner med. Gesellschaft und Prof. Dr. Leube-Würzburg im Namen der Würzburger Universität. Am selben Tage erfolgte die Ueberführung nach Potsdam, wo die Bestattung auf dem alten Kirchhofe stattfand. Die Gedächtnisrede hielt und die Funeralien vollzog ein Vetter Bergmann's der frühere langjährige Pastor zu Wollmar Leopold Krüger, der jetzt als Leiter einer höheren Töchterschule in Potsdam angestellt ist.

Bf.

✦ Nächste Sitzung des Vereins St. Petersb. Aerzte: Dienstag, d. 3. April 1907.

Tagesordnung:

Ucke: Zur Desinfektionsfrage.

✦ Nächste Sitzung des Deutschen ärztlichen Vereins: Montag, d. 9. April 1907.

Tagesordnung:

1. v. Petersen: Ueber Pigmentbildung in der Haut.
2. Blessig: Ueber Sideroskopie und Magnetoperationen.

Dr. Brehmer's Pension einschliessliche ärztliche Behandlung Hauptabteilg. **M. 6.50**, Zweigabteilg. **M. 4.25**.

Heilanstalten für Lungenkranke

Chefarzt Dr. v. Hahn. **Görbersdorf** Bahnstation Friedland Bez. Breslau.



Въ ряду многочисленныхъ слабительныхъ средствъ, находящихся въ продажѣ, ни одно не распространилось такъ легко и быстро, какъ

СИРОПЪ КАЛИФОРНІЙСКОЙ СМОКВЫ

„Калифигъ"

(Закономъ охраненное названіе)

представляетъ собою уже давно введенное и испытанное БЕЗВРЕДНОЕ И НА ВКУСЪ СЛАБИТЕЛЬНОЕ, которое благодаря своему ВѢРНОМУ И НѢЖНОМУ ДѢЙСТВІЮ, никогда не измѣняетъ ожиданіямъ врача. Особенно пригодно ДЛЯ ЖЕНСКОЙ и ДѢТСКОЙ ПРАКТИКИ. Способъ употреялонія указанъ при каждомъ флаконѣ. (12) 8—2.

Продается во всѣхъ аптекахъ.

Оптовый складъ
для С.-Петербурга у Г. г. Штолль и Шмидтъ
„ Москвы . . . . . „ Т-ва В. К. Феррейнъ
„ Одессы . . . . . „ Ю. Лемме и Ко.
„ Варшавы . . . . „ Фр. Карпинскаго.

California fig syrup Co., London, E. C. 31|32 Snow Hill.

Пробы врачамъ высылаются безплатно.

ARENSBURG.

Insel Oesel, Gouvernement Livland.

Schlammbadeanstalt Weise, gegr. 1840.

Saison v. 20. Mai bis 20. August.

Auskünfte und Prospekte gratis durch die Aerzte der Anstalt: Direktor wirkl. Staatsrat Dr. R. Bursian, St. Petersburg, Troitzki, № 29, und Stadtarzt Dr. R. Meywald, Arensburg, und durch die Anstalt. (15) 2—2.

Muiracithin

Spezifikum gegen

Impotenz,

Kräftigung des

Erektionszentrums,

Besserung nervöser

Allgemeinerscheinungen,

Stärkung des

Herzens, vorzügliches Nerventonikum.

Literatur:

Geh. Med.-Rat. Prof. Dr. Eulenburg, Berlin: (Realenzyklopädie der gesamten Heilkunde, S. 399): Auch ich hatte in letzter Zeit bei Sexualneurasthenikern einige günstige Resultate zu verzeichnen, das Mittel scheint überhaupt als Nerventonikum gelten zu dürfen, allerdings auf die sexuale Libido und die Erektion besonders verstärkend zu wirken.

Prof. Dr. C. Posner, Berlin: (Therapie Nr. 11, 1906). Mein eigner Eindruck ist wiederholt der gewesen, dass dieses Präparat in der Tat auffallend günstiges leistet und in Verbindung mit anderen Methoden jedenfalls eines Versuches wert ist — selbst wenn man noch so skeptisch sich bemüht, den Einfluss der Suggestion bei seiner Darreichung in Betracht zu ziehen.

Weitere ausführliche Mitteilungen von Dr. Kolomoizew, Kasan, Prof. Rebourgeon, Paris, Prof. Goll, Zürich, Prof. Nevinny, Innsbruck, Prof. Maramaldi, Neapel, Popper unter Leitung von Geh. Med.-Rat Prof. Senator, Berlin, Hirsch, Kudowa, Steinsberg, Franzensbad, Waltz, Paris, Piliwer, Odessa u. a.

Wir richten besondere Aufmerksamkeit darauf, dass Muiracithin nur in Originalpackung mit unserer Fabrikmarke abgegeben wird. Einzelne Pillen ohne oben bezeichnete Verpackung bitten wir energisch zurückzuweisen, da wir für deren Fälschung nicht garantieren. Wir bitten die Aufmerksamkeit auf das russische Etiquette mit unserer Fabrikmarke und auf die Verpackung nur in folgenden Quantitäten zu richten: 250 Pillen, 150 Pillen, 80 Pillen und 50 Pillen.

Literatur gratis und franko zu Diensten.

Kontor chemischer Präparate, St. Petersburg.

Newski Prospekt, 28, Haus Singer Nr. 6.

Herausgeber Dr. Rudolf Wanach. Buchdruckerei v. A. Wienecke Katharinenhofer Pr. № 15.



XXXII. JAHRGANG. ST. PETERSBURGER Neue Folge XXIV. Jahrg.

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Redaktion von

Prof. Dr. Karl Dehio. Dorpat.

Dr. Johannes Krannhals. Riga.

Dr. Rudolf Wanach. St. Petersburg.

Die „St. Petersburger Medizinische Wochenschrift" erscheint jeden Sonnabend.—Der Abonnementspreis ist in Russland 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr inkl. Postzustellung; in den anderen Ländern 20 Mark jährlich, 10 Mark halbjährlich. Der Insertionspreis für die 3mal gespaltene Zeile in Petit ist 20 Kop. oder 45 Pfen.—Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt. —Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.

☞ Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate ☜ bittet man ausschliesslich an die Buchhandlung von K. L. Ricker in St. Petersburg, Newsky-Prospekt № 14, zu richten. — Manuskripte sowie alle auf die Redaktion bezüglichen Mitteilungen bittet man an den geschäftsführenden Redakteur Dr. R. Wanach in St. Petersburg, Petersb. Seite, Alexandrowski Pr. 6 zu richten. Sprechst. Dienstag, Donnerstag und Sonnabend 5—6.

№ 13 St. Petersburg, den 31. März (13. April). 1907.

Zur Aetiologie der Dysbasia angiosclerotica.

Vortrag, gehalten zum 18. Livländischen Aerztetag in Wolmar.

Von

Dr. W. v. Holst-Riga.

M. H. Als Ausgangspunkt dieser Betrachtung soll ein Krankheitsfall dienen, den ich Ihnen in aller Kürze schildern werde.

Vor drei Jahren stellte ich bei einem Herrn von 61 Jahren, der über Gehbeschwerden klagte die Zeichen der Dysbasia a. fest. Sein damaliger Zustand deckte sich ganz mit Erb's klassischer Schilderung dieses Symptomenkomplexes. In der Ruhe und auch noch zu Beginn eines Ganges befand der Kranke sich vollkommen wohl, doch schon nach wenigen hundert Schritt trat der Wadenschmerz und das schnell zunehmende Vertaubungsgefühl auf, das eine Gehunterbrechung unvermeidlich machte, um dann nach kurzer Erholung bedeutend nachzulassen.

Aus kaum merklichen Anfängen und lange Zeit geflissentlich nicht beachtet hatte sich die Gehstörung während der letzten drei Jahre bis zum geschilderten Grade gesteigert und wurde jetzt vom alten Herrn um so schmerzlicher empfunden, weil er grosser Spaziergänger und recht passionierter Jäger war. Den subjektiven Beschwerden, die auf der linken Seite weit stärker waren, entsprach auch der objektive Untersuchungsbefund insofern als linkerseits weder in der Art. tib. post. noch in der Art. dors. ped. der Puls von mir gefunden werden konnte, während in den Arterien des rechten Fusses ein kleiner Puls fühlbar war.

Die Haut beider Fusssohlen, besonders des linken war nach einem Gang von 3—5 Minuten wachsbleich und kalt. Von der Kniekehle an konnten beiderseits die Pulse gefühlt werden, härter als in der Norm waren vor allem die Radialarterien. Der Herzspitzenstoss war nur schwach, aber an normaler Stelle bemerkbar und die Herztöne waren leiser und weniger deutlich zu hören als die eines vollkräftigen Herzens. Im Uebrigen war das Untersuchungsergebnis negativ, doch trug der Kranke schon seit einer langen, mir nicht mehr erinnerlichen Anzahl von Jahren wegen beiderseitiger, aber links bedeutend stärker hervortretenden Leistenhernie ein Bruchband.

Die von mir verordneten und über zwei Monate hindurch kontrollierten Massnahmen, wie Einschränkung des Gehens, Aufgabe des mässigen Alkoholgenusses und des Papyrosrauchens, innerliche Jodgaben, Kohlensäure-Bäder und vorsichtige Massage der Beine kamen zwar der Herztätigkeit und dem Allgemeinbefinden, doch keineswegs der Gehfähigkeit zu gut. Auch eine später folgende Badekur in Nauheim kräftigte das Herz, blieb aber ohne Einflüsse auf das Fussleiden. Da trat eine zufällige Wendung der Dinge ein.

Während einer Untersuchung durch einen bekannten Nauheimer Kollegen fiel es dem Kranken zum ersten Mal auf, dass der Puls der Schenkelarterie an der Stelle gesucht und gefunden wurde, wo die zuvor entfernte Bruchbandpelotte aufgelegen hatte. Dieser Umstand brachte den scharf beobachtenden alten Herren auf den Gedanken eines Zusammenhangs seiner Gehstörung mit dem Druck der Bandage, speziell auf der linken Seite, wo sich wegen des grösseren Bruchs auch eine kräftigere Pelotte befand und das Leiden stärker entwickelt war. Eine diesbezügliche Verdachtäusserung des Patienten wurde vom Nauheimer Kollegen zuerst mit der Motivierung zurückgewiesen, dass tausende von Menschen unbeschadet solche Bandagen trügen. Nachdem er sich aber durch den Augenschein von der Möglichkeit eines Drucks der Pelotte auf die Art. femoral. überzeugt hatte, stellte er aufs sorgfältigste fest, dass ein Abheben der Pelotte den vorher kaum rsp. garnicht fühlbaren Puls in den Fussarterien sofort relativ deutlich wahrnehmbar mache.

Der Druck auf die Arterien wurde der Fehlerhaftigkeit der Bandage zur Last gelegt und ein Berliner

Mechaniker stellte ein Bruchband in Aussicht, bei dem man davor ganz sicher sein könne.

Während der Kranke sich jetzt vorläufig ohne Bruchband bewegte, fiel ihm zu seiner grossen Freude eine fortschreitende Besserung seiner Gehfähigkeit auf. „Im rechten Bein gab es zuletzt kaum noch eine Spur von Beschwerden, im linken traten sie viel später und schwächer auf als ehedem", schreibt er mir über diesen Zeitraum. Dieser Fortschritt wurde aber unterbrochen, weil Pat. wegen der Einklemmungsgefahr und im Hinblick auf eine allmähliche Vergrösserung der Hernien gewarnt wurde ohne Bruchband zu gehen. Da die Berliner Bandage ihren Zweck nicht erfüllte, so befreite sich der Pat. aus dieser qualvollen Interessenkollision zwischen Gehstörung und Hernien indem er bei sich aus eigener Initiative und trotz einzelner gegenteiliger ärztlicher Ratschläge im September 1904 von Dr. Greiffenhagen die beiderseitige Radikaloperation ausführen liess, die ausgezeichnet gelang.

Nach Verheilung der Operationswunden stellte sich heraus, dass der Pat. noch beschwerdefreier gehen konnte, als vor der Operation selbst ohne Bruchband. In seinem selbstverfassten Krankenbericht schreibt er darüber folgendermassen: „Ich hatte für den Fall, dass die Operation gelang, erwartet, ich würde dann soweit von den beim Gehen empfundenen Beschwerden befreit sein, wie es bisher war, wenn ich die Bandage nicht trug. Nun war es mir schon während der letzten Tage in Reval, als ich wieder auf die Strasse gehen durfte erschienen, als sei das Gehen noch freier und besser. Zu Hause bestätigte sich dies vollkommen: ich ging noch viel besser als früher selbst ohne Bandage und das Gefühl des Vertaubens im linken Fuss war völlig verschwunden. Gegenwärtig kann ich so gehen wie jeder andere Mann meines Alters. Nur bei sehr schnellem Gehen entsteht mitunter etwas Beschwerde, jetzt aber eher im rechten Bein. Das mag dann auf die in gewissem Masse ja vorhandene Arteriosklerose zurückzuführen sein. Aus all' diesem ersehe ich, dass nicht nur die Bandage, sondern, freilich in viel geringerem Masse auch die Brüche selbst namentlich der grössere linksseitige auf die Arterien störend gewirkt haben müssen". Soweit bin ich dem Wortlaut des Eigenberichts gefolgt, es fragt sich jetzt in wie weit wir uns dieser Schlussfolgerung anschliessen dürfen? Doch bevor ich mich an den Versuch einer kritischen Beurteilung dieser schwierigen Frage wage, muss noch bemerkt werden, dass ich mich von der anhaltenden Besserung der Gehfähigkeit ein Jahr nach der Operation während eines ungefähr sechswerstigen gemeinsamen Spaziergangs und auch vom Vorhandensein der allerdings sehr kleinen Fusspulse überzeugen konnte. Desgleichen habe ich in diesem Sommer, zwei Jahre nach der Operation, nur Günstiges über den betreffenden Punkt durch eine mündliche Schilderung des Patienten erfahren.

Um nun an die Erörterung der aufgeworfenen Frage zu gehen, möchte ich zuerst an den nahen Zusammenhang der Dysbasia a. mit der allgemeinen Arteriosklerose erinnern, der klinisch vor allem von Charcot, Erb und Idelsohn auf Grund zahlreicher Beobachtungen wahrscheinlich gemacht worden ist. Auch der pathologisch-anatomische Beweis für diese Annahme wurde bald erlangt und zwar nicht nur von den beiden erstgenannten Forschern und anderen Neurologen wie Goldflam und Marmorec, sondern auf ein grösseres Material gestützt von chirurgischer Seite. Der nicht seltene Ausgang der Dysbasia a. in spontane Gangrän brachte manchen dieser Kranken unter das Amputationsmesser und an den abgesetzten Gliedmassen wurden allseits übereinstimmend endarteritische und endophlebitische Prozesse nachgewiesen.

Die erste diesbezügliche Veröffentlichung stammt aus Wien, es ist aber vielleicht nicht allgemein bekannt, dass die beiden grundlegenden Arbeiten an der alten Dorpater Universität entstanden sind. Auch die höchst interessanten Beziehungen der von Prof. Zoege beschriebenen „arteriosklerotischen Gangrän" zum Rainaud'schen Symptomenkomplex sind schon damals auf Grund klinischer und anatomischer Untersuchungen von Prof. Dehio und Dr. Edgar Weiss erkannt und abgegrenzt worden, während Erb später die Uebergänge und Grenzen zwischen der Dysbasia a. die im gewissen Sinn als ein Vorstadium der von Zoege beschriebenen Ausgangsformen betrachtet werden kann und der Rainaud'sche Krankheit andrerseits berücksichtigt hat. Es tut mir leid bei diesem hervorragend interessanten Kapitel nicht länger verweilen zu können, für uns kommt eben nur in Betracht, dass auf Grund der genannten Untersuchungen die hochgradige Verengerung der Gefässlumina das entscheidende mechanische Moment für das Zustandekommen der Gehstörung ist. Für die Erklärung der Lokalisation des endoarteriitischen Prozesses in den Füssen ist es belanglos in welchen Schädlichkeiten man den Grund der allgemeinen Arteriosklerose erkannt zu haben glaubt und ob man beispielsweise den Tabakmissbrauch eine kleinere oder grössere ursächliche Rolle spielen lässt. Denn im Vergleich zur fast physiologischen Häufigkeit der allgemeinen Arteriosklerose im höheren Alter und der kaum weniger verbreiteten von Erb betonten, nervösen Disposition bei den Kranken jeglichen Alters, fällt die Seltenheit der Dysbasia a. so sehr auf, dass man durchaus an eine ungewöhnliche Vereinigung von Schädlichkeiten, über die man in der Mehrzahl der bisher beobachteten Fälle nichts Sicheres weiss, denken muss. Nur einige Beobachtungen zeigen die Richtung an, in der wir suchen sollen. So brachte die Autopsie Klarheit über den ersten Charcot'schen Fall, indem sie die Flintenkugel und das infolge ihres Eindringens entstandene Aneurysma d. Art. iliaca aufdeckte; in dem Fall von Mannoury beseitigt eine Operation erfolgreich den Grund der Gehstörung durch Exstirpation eines gleichfalls traumatisch entstandenen Aneurysma der Art. poplitea.

In Erb's Beobachtung I. hatte der Pat. Jahre lang seine Füsse schweren Durchnässungs- und Erkältungsschädlichkeiten ausgesetzt, während Idelsohn bei mehreren seiner Kranken aus palpablen Anomalieen der Radialarterien auf eine, m. E. immerhin hypothetische, angeborene Enge des Gefässsystems schloss und ferner auf den Zusammenhang des Leidens mit Plattfuss hinwies. Ausserdem hat auch er, wie vorher schon von Oordt, in zweien seiner Fälle ein Schenkelbruchband als mögliche Ursache des Verschlusses der Fussarterien in Betracht gezogen. Von der zirkulationshemmenden und dadurch das Gehen beeinträchtigenden Wirkung des stark drückenden Bruchbandes habe ich mich bei meinem ehemaligen Kranken zur Genüge überzeugen können, ich brauche daher nicht auf eine physiologische Erklärung dieser Tatsache mit Hülfe des Stenson'schen oder anderer ähnlicher Versuche einzugehen. Schwieriger wäre es zu entscheiden, in wie weit der Tags über fast permanente Druck im Laufe der Jahre schädigend auf die Gefässwandungen des starken Fussgängers gewirkt habe, doch möchte ich auch diesen Einfluss nicht gering anschlagen. Vergegenwärtigt man sich die topographische Anatomie des Scarpa'schen Dreiecks, wo die Cruralgefässe gleich unterhalb des Poupartschen Bandes an ihrer Vorderseite nur von Haut und Schenkelfascie bedeckt sind während sie nach hinten hin dem Schenkelknochen so nahe aufliegen, dass man an dieser Stelle nicht nur den Puls fühlen, sondern auch die Arterie, wie Rauber angiebt, ziemlich leicht gegen den Knochen andrücken und komprimieren kann, so liegt, wie mir

scheint näher als der Zweifel die Frage, warum es bei der Häufigkeit von Bruchleiden nicht öfter zu Zirkulations- resp. Gefässschädigungen infolge des Bandagedrucks kommt. Denn auch mit der Mobilmachung einer arteriosklerotischen oder nervösen Disposition ist dies Problem noch keineswegs gelöst, während der Schutz den andrerseits ein reichliches Fettpolster bildet, immerhin erwogen werden müsste.

Trotz Feststellung der Bedeutung des Bruchbandes für den gegebenen Fall bleibt noch unentschieden, wie die Beobachtung des Pat., dass er nach der operativen Entfernung der beiden Leistenbrüche noch besser habe gehen können als nach Ablegung der Bandage in der Zeit vor der Operation, zu erklären sei. Dass er selbst diesen Unterschied auf den Wegfall der Brüche zurückführt ist verständlich, Dr. Greiffenhagen dagegen möchte eine Kompression der grossen Schenkelgefässe durch die Hernien nicht zu geben.

In seiner liebenswürdigen Beantwortung meiner diesbezüglichen Anfrage begründet er seinen Zweifel folgendermassen: „Nach der anatomischen Lage müsste sich eine Kompression zuerst an der Vene bemerkbar machen, dann erst käme die Arterie in Betracht. Klinische Erscheinungen einer venösen Stase haben nie existiert, geschweige denn die einer arteriellen Kompression, d. h. so lange kein Bruchband getragen wurde".

Dagegen möchte ich bemerken, dass man m. E. wohl berechtigt wäre an einen Zusammenhang zwischen Bruch und subjektiven Beschwerden zu denken, ohne nachweisbare Zirkulationsstörungen erwarten zu müssen und zwar deswegen, weil die ohnehin infolge der verengten Gefässe nur spärlich mit Blut versorgten sensiblen Nerven und ihre Endapparate in der Haut der Füsse schon auf die kleinste Steigerung der Ischämie mit Parästhesien antworten könnten. Selbst zugegeben, dass bei Ruhelage von einer Wirkung des grösseren Bruches auf die Blutzufuhr nicht die Rede sein könnte, so erscheint es mir doch nicht angänglich eine derartige, vielleicht für normale Verhältnisse ganz belanglose Beeinträchtigung für unsern Fall bei kräftigen Gehbewegungen, verstärkter Atmung und gelegentlichen Hustenstössen rundweg in Abrede zu stellen.

Zu der weiteren Frage, ob ein grösserer Leisten- oder Schenkelbruch durch den jahrelangen Druck seines Inhalts auf die Schenkelgefässe bei genügender Disposition zum Auftreten einer distalwärts gelegenen Arteriosklerose das Seinige beitragen könnte, brauch ich nicht Stellung zu nehmen und zwar, weil grosse Brüche meines Wissens in überwiegender Mehrzahl entweder operiert oder bandagiert werden. Wird aber erst eine Bandage getragen, so befreit uns dieser Umstand, wie im gegebenen Fall, durch sein ätiologisches Uebergewicht von allen Zweifeln.

Nicht blos vom theoretischen Gesichtspunkt erschien mir die Veröffentlichung dieses Falles berechtigt, sondern auch aus praktischen Gründen.

Denn falls das jahrelange Tragen eines Bruchbandes beim Zustandekommen eines so ernsten Leidens wie der Dysbasia angiosclerotica auch nur in vereinzelten Fällen mitwirkt, so ist damit zu den altbewährten Kardinalindikationen für die operative Bruchentfernung eine, wenn auch seltene, neue hinzugekommen.

Auszug aus den Protokollen der medizinischen Gesellschaft zu Dorpat.

Sitzung vom 2. November 1905.

Privatdozent Dr. Swirski hält seinen angekündigten Vortrag: «Ueber das Coffein».

Seitdem das Coffein im Jahre 1820 von Runge aus den Kaffeebohnen in unreinem Zustande gewonnen, im Jahre darauf aber von Robignet, Pelletier und Caventon in reinem Zustande dargestellt worden, hat es zu verschiedenen Zeiten zu pharmakologischen Untersuchungen gedient. Sowohl bei Fröschen als auch Warmblütern traten nach Einverleibung von Koffeinlösungen Krämpfe auf, die den durch Strychnin hervorgebrachten sehr ähnlich waren. Das Koffein war also als ein reines Nervengift anzusehn. Die Untersuchungen Johannsen's unter Schmiedeberg's Leitung im Jahre 1869 im hiesigen pharmakologischen Institute ausgeführt, ergaben jedoch an Fröschen ein den Angaben der früheren Untersucher widersprechendes Resultat, indem der genannte Autor an den Fröschen statt eines Tetanus eine Muskelstarre beobachtete, die von der Einspritzungsstelle aus beginnend, sich je nach der angewandten Dosis über mehr oder weniger weite Muskelpartien ausbreitete. Die mikroskopische Untersuchung konstatierte eine ganz unzweifelhafte Veränderung der Muskelfasern und so war, da Johannsen auch an Warmblütern eine Rigidität der krampfhaft kontrahierten Skelett-Muskeln nachwies, die reine Nervenwirkung des Coffeins in Frage gestellt.

Aubert nahm 1872 die Coffeinversuche wieder auf, ohne jedoch die Befunde Johannsen's an Fröschen bestätigen zu können; er bekam auch nur den Tetanus nach Koffeininfektionen an seinen Fröschen zu sehen. Um diesen Widerspruch aufzuklären machte sich nun Schmiedeberg selbst an die Frage und kam 1873 zum Resultate, dass die beiden Froscharten, die Rana esculenta und die Rana temporaria sich verschieden zu dem Coffein verhalten. Bei der Temporaria, die auch hier in Dorpat zur Untersuchung kam lässt sich anfangs nur die Muskelstarre durch Coffeininjektionen hervorbringen und erst nach einigen Tagen der Beobachtung entwickelt sich eine erhöhte Reflexerregbarkeit, die aber nicht zu einem regelrechten Tetanus führt. Die Esculenta zeigt andererseits nach dem anfänglichen Tetanus auch eine Muskelstarre, aber nicht so deutlich wie das bei Temporarien der Fall ist. Es handelte sich also im Grunde mehr um einen quantitativen als qualitativen Unterschied der beiden Froscharten gegenüber dem Coffein.

Ausser der Einwirkung des Coffeins auf dass Zentralnervensystem und die Skelettmuskeln fanden die Autoren auch eine solche auf das Herz und das Gefässsystem. Fassen wir zunächst die Wirkung auf das Herz ins Auge, so ergaben die Versuche am Froschherzen in situ, wie auch am ausgeschnittenen Herzen im Williamschen Apparate, nach kleinen Coffeinmengen eine geringfügige Beschleunigung mit darauffolgender Verlangsamung, nach grösseren Mengen des Alkaloides meist sofort eine Verlangsamung der Herzschläge. Die Beobachtungen am Säugetierherzen in situ ergaben bei grösseren Dosen meistens eine Beschleunigung der Herzschläge, nach kleineren Dosen hingegen eine Verlangsamung. Die Versuche an ausgeschnittenen Herzen nach Langendorff erwiesen nur eine Beschleunigung der Herzschläge, wobei aber auch eine Vergrösserung des Pulsvolums konstatiert werden konnte. Die Untersuchung der Herztätigkeit an den nach Bock isolierten Kaninchenherzen ergaben nur eine Beschleunigung ohne dass das Pulsvolum sich geändert hatte. Selbstversuche an Menschen mit grossen Dosen Coffein ausgeführt liessen eine Pulsbeschleunigung erkennen; bei Versuchen an Menschen mit kleinen Dosen war mehr eine Verlangsamung der Herzschläge hervorgetreten, was in pathologischen Fällen ganz besonders deutlich zur Beobachtung gelangte. Da die Beschleunigung der Herzschläge an Tieren durch Coffein auch eintritt wenn vorher Atropin gegeben war, konnte die Wirkung des Coffeins keine vaguslähmende sein, sondern es mussten im Herzen selbst gelegene Teile vom genannten Alkaloide erregt sein, die eine Beschleunigung der Herzschläge hervorrufen.

Welche Teile konnten es sein? Wir wissen, dass durch Reizung des n. accelerans cordis das Herz zu einer die Norm übersteigenden (von 7—70 pCt.) Schlagzahl gebracht werden kann; es konnten also die im Herzen liegenden der Acceleration vorstehenden Ganglien vom Coffein erregt werden, oder aber die Muskulatur des Herzens selbst wird vom Coffein in einen Zustand versetzt, der zu einer Acceleration der Herzschläge führt. Da wir oben sahen, dass sowohl das Nervensystem wie auch die Muskulatur vom Coffein beeinflusst

werden kann, stand der Annahme, dass auch das Herz in dem einen oder anderen der genannten Teile betroffen wird nichts entgegen. Um mich in dieser Frage zu orientieren unternahm ich eine Reihe von Versuchen, von denen ich einige erwähnen möchte. An grossen Hunden wurde das verlängerte Mark durchschnitten nachdem der n. accelerans cordis, ein Ast aus der Ansa Vieussenii, herauspräpariert war. Coffein. pur. wurde in 2 pCt. Lösung zu 0,1 intravenös (Vena jugularis) injiziert. Die Art. Carotis sin. war durch ein Manometer mit dem Ludwig-Baltzarschen Kymographion mit endloser Papierrolle verbunden. Die Stromstärke des Dubois-Reymond'schen Schlittenapparates, bei der eine deutliche Acceleration der Herzschläge nachweisbar war, wurde während des ganzen Versuches beibehalten. Das Coffein brachte wie gewöhnlich nach den ersten Injektionen wenn sie schnell hintereinander folgten eine Beschleunigung hervor, die bis zu 56 pCt. gehen konnte, dann aber trat, trotzdem immer wieder die Injektionen fortgesetzt wurden, keine Acceleration der Herzschläge mehr ein. Die Reizung des Accelerans cordis aber wies bei ganz gleichbleibender Stromstärke eine von Anfang bis zu Ende des Versuches gleichbleibende Acceleration der Herzschläge auf, wobei gegen Ende der Versuche, wo die Herzschläge abnahmen, gleichviel ob die Vagi heil oder durchschnitten waren, die prozentuale Zunahme der Herzschläge gegen 95 betrug.

Serieninjektionen liessen sich ein bis 2 Mal in einem Versuche wiederholen, wobei die Zahl der Herzschläge allmälig zunahm und ein Maximum pro 10 Sec. erreichten (ähnlich wie bei Versuchen Bocks am isolierten Kaninchenherzen, Arch f. exper. Path. und Pharmakologie Bd. 43. pag. 367. 1900); dann aber versagten die Coffeininjektionen vollständig. Unterbrach ich die Serieninjektion nachdem ein Maximum der Pulszahl erreicht war, so ging allmälig in einigen Minuten die Zahl wieder auf die vor Beginn der Injektionen bestanden habende herab. Wenn ich aber ohne den Abfall der Pulszahl abzuwarten sofort eine Reizung des Cardiacus anschloss, so gelang es einige Male die absolute Schlagzahl des Herzens um ein bis 2 Schläge pro 10 Sec. zu erhöhen, wobei die Stromstärke die gleiche geblieben war wie vorhin. Es liess sich aber auch späterhin nach Versagen der Coffeininjektionen mit den stärksten Strömen die erwähnte Maximalzahl pro 10 Sec. nicht erreichen. Aus diesen Beobachtungen lässt sich schliessen, dass die Angriffspunkte bei der Coffeinwirkung und der Acceleransreizung wohl dieselben sein dürften, die Wege aber auf denen die Coffeinreize zum accelerierenden Apparate im Herzen gelangen, andere sein müssen, als bei der Cardiacusreizung, sonst ist das Versagen des Coffeins und das Fortbestehen der Funktion des accelerierenden Apparates, soweit er durch die Reizung des Cardiacus nachweisbar ist, nicht zu verstehen. Möglicherweise handelt es sich um eine sensible Leitung vom Endocardium aus zu dem accelerierenden Apparate im Herzen. Nach Ueberschreitung einer gewissen Quantität Coffeins tritt eine Abstumpfung dieser Leitung ein. Bedeutendere Conzentrationen von Coffein, die nur durch Anwendung von Coffeinsalzen möglich sind, hätten gewiss noch eine Wirkung auf das Herz hervorgebracht, die aber in Arythmie und anderen Unregelmässigkeiten der Herztätigkeit bestanden hätten, wobei dann der Einfluss der eingeführten ca. 56 pCt. betragenden fremden Substanz von der reinen Coffeinwirkung nicht genügend hätte auseinandergehalten werden können.

Wir sahen oben, dass an Warmblüterherzen in situ einige Autoren nach kleineren Coffeingaben eine Verlangsamung der Herzschläge beobachteten. Diese Verlangsamung trat meist zu Anfang der Injektionen auf, nach Wiederholungen der Injek-tionen trat schon die Beschleunigung des Pulses in den Vordergrund. Wenn nun nach Eintritt der Verlangsamung der Herzschläge die Vagi durchschnitten wurden, trat sofort eine starke Pulsbeschleunigung auf; auch trat eine Verlangsamung überhaupt nicht ein wenn die Vagi vorher durchschnitten oder durch Atropin unwirksam gemacht waren. An ausgeschnittenen Herzen in der Anordnung nach Langendorff und isolierten Herzen nach Bock trat überhaupt keine Verlangsamung des Pulses ein. Es war also klar, dass die Verlangsamung des Pulses eine zentrale Ursache haben musste, dass nämlich das Vaguszentrum erregt war. Nun kann das genannte Zentrum direkt durch das Coffein beeinflusst sein, oder aber auch indirekt durch das Atmungs- und Vasomotorenzentrum in Erregung versetzt werden. Es ist bekannt, dass hoher Blutdruck Vaguspulse hervorbringt, wie auch, dass bei der Erstickung solche auftreten. Zur Entscheidung dieser Frage stellte ich folgenden Versuch an. Einem Hunde von 8 Kilogr. Gewicht wurde 0,08 Morphin. hydrochlor. injiziert. Nachdem er eingeschlafen, wurde die Medulla oblongata vollkommen durchtrennt, künstliche Atmung eingeleitet, der Accelerans herauspräpariert (zu anderen Zwecken) die Art. carotis sin. durch ein Manometer mit dem Kymographion verbunden und in die Vena jug. eine Kanüle eingeführt.

Spritzte ich nun durch die genannte Vene Coffein pur. 0,1 in 2 pCt. Lösung ein, so ging der Puls, der bis dahin 14 Schläge in 10 Sek. aufwies, nach der Injektion allmälig auf 7 Schläge pro 10 Sec. herab. Nach Durchschneidung beider Vagi ging er sofort auf 31 pro 10 Sec. Eine Beeinflussung des Vaguszentrums von Seiten des Atmungs- und Vasomotorenzentrum war ausgeschlossen, da dieselben durch die Durchschneidung der Medulla oblongata ausser Tätigkeit gesetzt waren, während das Vaguszentrum in Funktion verblieb und durch die Coffeininjektionen zur verstärkten Tätigkeit angeregt wurde, die sich in der bedeutenden Herabsetzung der Pulszahl äusserte. Durchschneidung der Vagi befreite das Herz von dem zentralen Einflusse.

Die soeben besprochenen Verhältnisse sind nicht ohne Interesse vom therapeutischen Standpunkte aus. Von französischen Therapeuten, wie auch von deutschen Klinikern (Riegel) ist das Coffein als ein vorzügliches Mittel gegen Stauungszustände empfohlen worden und zwar oft noch mit einem Vorzuge vor der Digitalis, da es schneller wirkt als letztere. Experimentell ist von dieser am Froschherzen nachgewiesen, dass letzteres, gegen einen abnorm hohen Widerstand arbeitend, durch das Coffein die Fähigkeit erlangt, sich gegen einen höheren Druck zu entleeren, es wächst der Maximaldruck, den es bei seiner Systole zu überwinden vermag, durch das Coffein an. Wenn sich nun eine so verstärkte Systole mit einer durch die Vagusreizung bedingten Verlangsamung der Herzschläge kombiniert, wodurch die Schöpfkraft des Herzens zunehmen muss, so kann man sich sehr gut vorstellen, dass in Stauungszuständen das Coffein die Digitalis ersetzen kann und noch den Vorzug hat schneller zur Wirkung zu gelangen. Hinzu kommt noch, dass das Coffein, wie durch die Untersuchungen W. von Schroeder's bekannt ist, eine diuretische Wirkung entfaltet durch Beeinflussung speziell der Nierenepitelien.

Was nun die Wirkung des Coffeins auf das Gefässsystem betrifft, so ist dieselbe zentraler Natur d. h. es reizt das Vasomotorenzentrum selbst. Eine direkte Einwirkung auf die Gefässe ist nach den Untersuchungen Kobert's ausgeschlossen. Als gefässverengerndes Mittel, wodurch der Blutdruck zum Steigen gebracht wird, kann das Coffein in Anwendung kommen bei vasodilatatorischen Stauungszuständen in acuten Infektionskrankheiten, bei anarkotischen Vergiftungen wie durch Alkohol und Chloralhydrat. Indem es dann die noch nicht gelähmten Teile erregt, kann es gelingen falls nicht gleichzeitig das Respirationszentrum oder das Herz schwer geschädigt sind, die Gefahr zu beseitigen. Hierzu dienen am besten Coffeininjektionen subkutan.

Die Erfahrungen, die ich während der Coffeinversuche über die Beeinflussung der Puls- und Blutdruckkurve durch die Atmungsphasen gemacht habe, werde ich mir erlauben ein anderes Mal mitzuteilen.

Bezüglich der Details über einige in gegenwärtiger Mitteilung angeführte Versuche möchte ich auf meine Arbeit: Ueber die Beeinflussung des Vaguszentrums durch das Coffein, Pflüger's Archiv, Bd. 104, pag. 260. 1904, hinweisen.

(Autoreferat).

Zuschrift an die Redaktion.

Wir erhalten von der Internationalen Vereinigung gegen die Tuberkulose folgende Zuschrift:

Die Frage der Infektionswege der Tuberkulose hat auf der diesjährigen Konferenz im Haag in hervorragender Weise das Interesse der Versammlung erregt. Die umfangreiche und bemerkenswerte Diskussion, welche sich an die umfassenden Referate anschloss, hat die Verschiedenheit der Meinungen scharf beleuchtet, aber die Verständigung wenig gefördert. Bei der Wichtigkeit, welche der Frage über die Infektionswege zukommt, hat die Verwaltungs-Kommission beschlossen, sie als Hauptgegenstand auf die Tagesordnung der nächstjährigen Konferenz zu setzen, und in allen, der Internationalen Vereinigung angehörenden Ländern vorbereiten zu lassen.

Es wird sich hierbei darum handeln folgende Unterfragen durch Experimente, klinische und pathologisch-anatomische Beobachtungen in Angriff zu nehmen.

A. Aspirations-Tuberkulose.

1. Experimente, bei denen eine Infektion durch den Tractus intestinalis möglichst ausgeschlossen ist.
2. Beobachtungen über das Eindringen kleinster Körper in die Lunge (Anthracose etc.)

3. Klinische oder pathologisch-anatomische Beobachtungen von primärer Tuberkulose der oberen Luftwege oder der Bronchien.

B. Deglutitions-Tuberkulose.

4. Experimente mit möglichstem Ausschluss der Respirationsorgane:
   a) mit boviner Tuberkulose (Milch, Butter etc.)
   b) mit menschlicher Tuberkulose (Sputum, Reinkulturen etc.).
5. Klinische oder pathologisch-anatomische Beobachtungen über primäre Darmtuberkulose.
6. Experimente und Beobachtungen über den Durchtritt von Bakterien durch die intakte Darmschleimhaut.

C. 7. Experimente und Beobachtungen über die Entstehung von Lungenschwindsucht auf anderen Wegen als durch Aspiration und Deglutition.

D. 8. Feststellung der kleinsten Menge Bazillen, welche eine Aspirations-Tuberkulose bezüglich eine solche vom Tractus intestinalis aus erzeugen kann, sowie Untersuchungen darüber, ob die ermittelte Minimalzahl der Bazillen auch in verbreiteten Infektionsquellen und in geeigneter Form in der Umgebung des Menschen vorhanden ist.

Die Verwaltungs-Kommission der Internationalen Vereinigung gegen die Tuberkulose richtet hierdurch an die Zentral-Organe der ihr zugehörigen Länder das ergebenste Ersuchen, entweder selbst oder durch die betreffenden Regierungen in hierzu geeigneten Instituten und von berufenen Forschern diese Fragen einer eingehenden Prüfung zu unterziehen, so dass auf der nächsten, voraussichtlich im Herbst 1907 stattfindenden Konferenz der Internationalen Vereinigung über die Ergebnisse berichtet und für die Diskussion eine sichere Grundlage gegeben werden kann.

Gezeichnet: Die Verwaltungs-Kommission:

Der Vorsitzende: Prof. B. Fränkel.
Der Generalsekretär: Prof. Pannwitz.

Tagesnachrichten.

Personalia.

— Seinen 80. Geburtstag beging am 5. April n. St. (und nicht wie irrtümlich gemeldet wurde, am 18. März) der Begründer der modernen Chirurgie Professor Dr. Sir Joseph Lister in London. Sämmtliche englischen Blätter würdigten die Verdienste des Jubilars in längeren Artikeln. «Daily News» bezeichnen als eine der schönsten Festgaben die Bewunderung, die man dem Gelehrten in Deutschland zolle. Am Geburtstage empfing der Jubilar eine aus Aerzten und Gelehrten bestehende Deputation. Eine besondere Ehrung für Lister hat die englische Aerzteschaft durch den Beschluss erwiesen eine Gesammtausgabe seiner wissenschaftlichen Abhandlungen zu veranstalten, die zurzeit in wissenschaftlichen Zeitschriften verstreut sind. Die Arbeiten wurden voraussichtlich zwei Quartbände von je 500 Seiten anfüllen und die Veröffentlichung derselben in 3 bis 4 Monaten erfolgen können.

— Am 1. April n. St. feierte der Prof. extraord. für Nervenkrankheiten an der Universität Halle, Dr. Adolf Seeligmüller, seinen 70. Geburtstag.

— Der Professor der Pathologie Dr. Bostroem in Giessen wurde auf sein Ansuchen krankheitshalber vom Amte eines Rektors der dortigen Universität enthoben.

— Zum Präsidenten der städtischen Hospitalkommission wurde in der letzten Sitzung der St. Petersburger Stadtduma der Stadtverordnete Graf E. P. Bennigsen und zum Präsidenten der städtischen Sanitätskommission — Dr. A. N. Oppenheim gewählt. Es fällt auf, dass mit der Leitung des städtischen Hospitalwesens ein Nichtsachkundiger, Graf Bennigsen betraut worden ist, der 64 Wahlstimmen erhielt, während sein Gegenkandidat Dr. Tschetschott es nur auf 32 brachte. Als Gehalt wurden jedem der beiden Präsidenten 3600 Rbl. jährlich bewilligt.

— Zum Korpsarzt des 6. Armeekorps wurde der Divisionsarzt der I. Inf.-Division Dr. Smirnow ernannt.

— Ordensverleihungen für Auszeichnungen bei der Belagerung der Festung Port-Arthur: Der St. Wladimirorden mit Schwertern — dem älteren Arzt der sibirischen Flottenequipage Dr. Popow und dem jüngeren Arzt der I. Flottenequipage Dr. Steblow; der St. Stanislausorden II. Klasse mit Schwertern — dem verabschiedeten jüngeren Arzt der Quantung-Flottenequipage Dr. Adalbert Sternberg.

— Der Konsultant des Warschauer Ujasdow-Militärhospitals, Staatsrat Dr. Maximilian Tichomirow, ist zum Oberarzt des Samarkandschen Militärhospitals ernannt worden.

— Dem Rigaschen Arzt Dr. F. M. Mandelstamm ist gestattet worden, in Riga ein Laboratorium für medizinische, chemische, mikroskopische und bakteriologische Untersuchungen zu eröffnen.

Nekrologe.

— Verstorben sind: 1) Am 23. März in Kronstadt der frühere ältere Ordinator am dortigen Marinehospital, Staatsrat Dr. Eduard Michelson, im 61. Lebensjahre. Der Verstorbene stammte aus Livland und hatte seine medizinische Ausbildung in Dorpat erhalten, wo er von 1865—72 studierte. Nach Erlangung der Doktorwürde trat er in den Marinedienst als jüngerer Arzt der 7. Flottenequipage in Kronstadt und war dann sukzessive älterer Arzt der 1. Flottenequipage und älterer Ordinator am Kronstädter Marinehospital bis zum vorigen Jahre, wo er wegen Erreichung der vorgeschriebenen Altersgrenze pensioniert wurde. Mehr als 25 Jahre war er auch Arzt an der Realschule und beim Zollamt und hatte daneben noch eine ausgebreitete Privatpraxis. 2) In Petersburg der ältere Arzt am Irrenhospital «Aller Leidtragenden» Staatsrat Dr. Nikolai Dmitriewski im Alter von 43 Jahren. Der Hingeschiedene hat die ärztliche Praxis seit 1888 ausgeübt. 3) Am 8. März im Gouvernement Twer der Landschaftsarzt Viktor Hempel im 36. Lebensjahre an Tuberkulose. Nach Absolvierung seiner Studien an der Charkower Universität 1899 war H. Ordinator an der gynäkologischen Klinik der mil.-med. Akademie und dann am städtischen Kalinkinhospital, nahm aber im vorvorigen Jahre eine Landschaftarztstelle an in der Hoffnung, auf dem Lande seinen angegriffenen Gesundheitszustand zu kräftigen. 4) Am 14. März in St. Petersburg Dr. W. A. Moltschanow im 45. Lebensjahre nach 20-jähriger ärztlicher Tätigkeit durch Selbstmord. In einem zurückgelassenen Schreiben teilt er mit, dass er sich das Leben nimmt, weil eine Kranke, an welcher er eine misslungene Operation gemacht hatte, gestorben war. 5) Am 19. März n. St. in Berlin nach längerem Leiden der innere Kliniker Prof. Dr. Ottomar Rosenbach, früher Dozent an der Universität und Primärarzt am Allerheiligen-Hospital in Breslau, im Alter von 55 Jahren. Seit 1896 lebte R. in Berlin als anregender und fruchtbarer medizinischer Schriftsteller der es sich zur Lebensaufgabe gemacht hatte, die einseitige Richtung in der modernen Medizin, wie sie vielfach in Ueberschätzung der Ergebnisse der pathologischen Anatomie und Bakteriologie zu Tage tritt, zu bekämpfen. Von seinen zahlreichen Lehrbüchern und Monographien seien hier nur erwähnt: «Die Krankheiten des Herzens und ihre Behandlung», «Energetik und Medizin», «Arzt contra Bakteriologe». 6) In Paris der bekannte Augenarzt Dr. Franz Gałęzowski im 74. Lebensjahre. Der Hingeschiedene hatte seine medizinischen Studien an der hiesigen mediko-chirurgischen Akademie gemacht, an welcher er 1858 den Arztgrad erlangte. Seit 1859 lebte er in Paris, wo er 1865 eine stark frequentierte Augenklinik gründete und seit 35 Jahren eine Zeitschrift «Recueil d'ophthalmologie» herausgab.

Von Universitäten und med. Instituten.

— Bezüglich der neu zu gründenden russischen Universität, welche an Stelle der infolge des Boykotts der polnischen Studenten geschlossenen Warschauer Universität eröffnet werden soll, hat sich die zur Entscheidung der Frage über den Sitz derselben eingesetzte Kommission in erster Linie für die Stadt Woronesh, in zweiter für Saratow entschieden. Das Ministerium der Volksaufklärung hat sich dieser Ansicht angeschlossen und dem Ministerkonseil bei Unterbreitung des betreffenden Gesetzesentwurfs über die Eröffnung einer neuen Universität an erster Stelle Woronesh, an zweiter Saratow und Nishni-Nowgorod vorgeschlagen. Die Stadtverwaltung von Woronesh hat für

die Einrichtung der Universität eine Million Rubel in Aussicht gestellt.

— Ein Ende der Wirren, welche die russischen Hochschulen heimgesucht haben, sowie eine Zügelung der erregten Gemüter ist wohl noch nicht so bald zu erwarten, vielmehr deuten die letzten Vorgänge in den Hochschulen auf eine Zunahme der Zügellosigkeit und frechen Verhöhnung der Universitätsobrigkeit und speziell der Professorenkonseils seitens der Studierenden. So hat ein von 400 Studenten besuchtes Meeting in Kiew beschlossen, den Kampf mit den Professoren fortzusetzen, kein Honorar zu zahlen, Meetings abzuhalten, keine Legitimationskarten vorzuweisen, nötigenfalls mit einem Handstreich ihre Rechte durchzuführen usw. — In Moskau hat eine von gegen 4000 Studenten besuchte Versammlung an das Professerenkonseil folgende Forderungen gestellt: 1) Freiheit des Wortes und der Versammlungen; 2) Anerkennung der studentischen Organisation; 3) Einführung einer Kommission aus gewählten Vertretern der Professoren und der Studentenschaft zur gemeinschaftlichen Ausarbeitung von grundlegenden Bestimmungen für das Leben der Universität. — Die Stimmung unter den Moskauer Studenten ist der «Now. Wr.» zufolge eine derartige, dass eine Schliessung der Universität bis zum Herbst zu erwarten ist, da der Studentenausschuss auf den dem Professorenkonseil gestellten Forderungen besteht.

— Professor Dr. Hess (Würzburg), der bekanntlich auf Wunsch des deutschen Kaisers die Amerikareise in dieser Woche antreten soll, hat den Ruf an die Universität Strassburg abgelehnt, wo er als Nachfolger des zurücktretenden Professors Laqueur den Lehrstuhl der Augenheilkunde übernehmen sollte.

— Prof. Dr. Karl Hirsch in Leipzig, der einen Ruf als ausserord. Professor und Leiter der medizinischen Poliklinik an der Universität Jena erhielt, ist jetzt an die Universität Freiburg als ordentlicher Professor berufen worden. Er wird voraussichtlich dem Rufe nach Freiburg folgen.

— Zum Professor der chirurgischen Universitäts-Klinik am hiesigen weiblichen medizinischen Institut ist der Privatdozent der militär-medizinischen Akademie und chirurgische Gehülfe des Oberarztes des Obuchowhospitals Dr. Hermann Zeidler gewählt worden.

Standesangelegenheiten.

— In die Reichsduma ist neuerdings in Irkutsk der dortige freipraktizierende Arzt Wulf Mandelberg (Sozialdemokrat) gewählt worden.

— In Moskau ist der Militärarzt Dikanski wegen Beteiligung an politischen Umtrieben verhaftet worden.

— Die Plozker Aerzte L. Bischofswerder, W. Kosmazinski und M. Temersohn, welche der örtlichen Zeitung einen Aufruf zur Sammlung von Spenden für die streikenden Arbeiter in Lodz veröffentlicht hatten, sind vom Plozker Generalgouverneur dafür jeder mit 50 Rbl. bestraft worden.

— Da in den Gesetzen ein Hinweis auf das Recht einer Honorarforderung des Stadt- oder Kreisarztes für die Teilnahme an der Ausführung von anthropometrischen Messungen (nach dem System Bertillon) bei Personen, die eines Staatsverbrechens angeklagt sind, fehlt und da die Teilnahme an solchen Messungen von dem freien Willen dieser Aerzte abhängt, so hat der Medizinalrat erklärt, dass die Bestimmung der Höhe des Honorars der Vereinbarung dieser Aerzte mit den Institutionen, welche sie zur Ausführung der Messungen aufgefordert haben, überlassen bleibe.

— Wie das Journal «Trudowoi Denj» mitteilt, sollen die Militärärzte, welche im Herbst 1906 zum Rekrutenempfange in die Provinz abkommandiert waren, bisjetzt noch nicht die ihnen zukommenden Fahrtengelder (Progongelder) erhalten haben. Eine Gruppe dieser Aerzte, welche sich direkt an die Gouvernements-Wehrpflichtbehörde in dieser Angelegenheit gewandt hatte, hat die Antwort erhalten, dass das Ministerium des Innern diese Gelder wegen Mangels an Mitteln nicht auszahlt, obschon dieser Ausgabeposten ins Budget des Jahres 1906 aufgenommen war! (R. Wr.).

Vereins- und Kongressnachrichten.

— Der 36. Kongress der deutschen Gesellschaft für Chirurgie wurde am 3. April n. St. in Berlin durch den d. z. Vorsitzenden Prof. Dr. Riegel-Jena eröffnet. Seine Eröffnungsrede galt zuerst dem Andenken Ernst v. Bergmanns, dessen machtvolle Persönlichkeit in seiner wissenschaftlichen Bedeutung wie in seinem Auftreten nach aussen der Redner noch einmal der Gesellschaft, dessen zweiter Vater Bergmann war, in's Gedächtnis zurückrief. Zur Richtigstellung der irrtümlichen Meinungen über die Krankheit Bergmanns stellte er fest, dass B. den Folgen einer im russisch-türkischen Kriege zugezogenen Ruhr erlegen ist, die weiterhin zur Abknickung des Darmes und zu wiederholten Darmverschlüssen geführt hatte. Mit Bergmann zusammen hat die Gesellschaft für Chirurgie im verflossenen Jahre 14 Mitglieder verloren.

— Eine Russisch-Deutsche medizinische Gesellschaft ist in Berlin ins Leben getreten, welche die Förderung der wissenschaftlichen und kollegialen Beziehungen und einer Verbrüderung zwischen den russischen und deutschen Aerzten bezweckt. Zu diesem Behuf sollen persönliche Zusammenkünfte sowie Wanderversammlungen veranstaltet werden. Die Mitgliedsbeiträge und freiwilligen Spenden sollen zur Anschaffung einer Bibliothek, eines Ambulatoriums für unbemittelte russische Kranke, und, falls sie dazu hinreichen, zur Errichtung eines russischen Krankenhauses in Berlin verwandt werden. Zu den Mitgliedern der neuen Gesellschaft gehören bereits mehrere Hundert Aerzte Deutschlands, Russlands und Oesterreichs. Der Vorstand der Gesellschaft besteht aus den Professoren v. Leyden, Bechterew-St. Petersburg, Hildebrand Berlin als Vorsitzenden, Dr. Lipljawski-Berlin als Schriftführer, Dr. Weisbein-Berlin als Schatzmeister, Prof. Kossmann-Berlin als Bibliothekar, Dr. Hirsch-Kudowa, Dr. Steinsberg-Franzensbad, Dr. v. Boustedt als deren Stellvertretern, Prof. Dr. Mering-Halle und Prof. Dr. Moeller-Berlin als Beisitzer.

Verschiedene Mitteilungen.

— Allen Freunden, Schülern und Verehrern Professor E. v. Bergmanns wird ein Bild willkommen sein, das den berühmten Chirurgen an der Stätte seiner langjährigen Wirksamkeit, im Hörsaal der chirurgischen Universitätsklinik zu Berlin während einer Operation darstellt. Der bekannte Maler Prof. Skarbina hat nämlich im Auftrage der Verehrer Bergmanns zu dessen 25-jährigem Amtsjubiläum ein grosses Gemälde geschaffen, das ihn in meisterhafter Ausführung in der bezeichneten Stellung am Operationstisch, umgeben von seinen Assistenten und Zuhörern darstellt, wie er zu dem vorliegenden Krankheitsfall die Erläuterungen giebt. Eine vorzügliche Photogravüre nach diesem Gemälde im Format 119×90 Centm. hat der Kunstverlag von Richard Bong in Berlin herstellen lassen. Wie wir in den rigaschen Zeitungen lesen, ist auch in Riga im Kunstverlage J. Deubner eine nach dem Gemälde von Skarbina ausgeführte Radierung (Bildgrösse 70×85 Cm.) zum Preise von 18 Rbl. ausgestellt.

— Von der Häufigkeit der Blinddarmentzündung kann man sich einen Begriff machen, wenn man den ärztlichen Bericht auch nur eines einzigen Hospitals studiert. Im städtischen Krankenhause Friedrichshain in Berlin betrug die Zahl dieser Patienten im letzten Berichtsjahre 280. Von diesen wurden 70 nicht operiert und 34 verweigerten die Operation. Von den 70 Patienten verliessen 68 das Krankenhaus, 2, die schon in hoffnungslosem Zustande eingeliefert waren, starben. In den ersten 48 Stunden nach Beginn der Erkrankung konnten 67 operiert werden, von denen nur 9 starben. Die übrigen 58 konnten geheilt werden, obwohl bei 18 sich bereits allgemeine Peritonitis eingestellt hatte. 74 Patienten wurden erst nach 48 Stunden operiert, davon wurden 54 geheilt, während 20 starben. Immerhin bleibt das Gesamtresultat noch relativ günstig, da bei 141 Operationen in ca. 80 Prozent der Fälle Heilung erzielt wurde

Bf.

— Die Gesamtzahl der Kranken in den Zivilhospitälern St. Petersburgs betrug am 10. März d. J. 12202 (525 mehr als in der Vorwoche), darunter 638 Typhus — (8 mehr), 1132 Syphilis — (129 mehr), 436 Scharlach — (22 mehr), 241 Diphtherie — (6 mehr), 190 Masern — (7 mehr), und 5 Pockenkranke — (2 wen. als in der Vorw.).

— Die Gesamtzahl der Sterbefälle in St. Petersburg betrug in der Woche vom 4. bis zum 10. März d. J. im ganzen 1009 (575 M., 434 W.), darunter an folgenden Krankheiten:

Typhus exanth. 0, Typhus abdom. 25, Febris recurrens 0, Typhus ohne Bestimmung der Form 0, Pocken 0, Masern 40, Scharlach 28, Diphtherie 42, Croup 0, Keuchhusten 3, Croupöse Lungenentzündung 34, Erysipelas 3, Grippe 7, Katarrhalische Lungenentzündung 117, Ruhr 0, Epidemische Meningitis 0, Akuter Gelenkrheumatismus 1, Parotitis epidemica 0, Rotzkrankheit 0, Anthrax 0, Hydrophobie 0, Puerperalfieber 0, Pyämie und Septicaemie 22, Tuberkulose der Lungen 125, Tuberkulose anderer Organe 28, Alkoholismus und Dilirium tremens 11, Lebensschwäche und Atrophia infantum 56, Marasmus senilis 31, Krankheiten des Verdauungskanals 113, Totgeborene 50.

Am 17. März d. J. betrug die Zahl der Kranken 12081 (121 wen. als in der Vorwoche.), darunter 662 Typhus — (36 mehr), 1101 Syphilis — (31 wen.), 439 Scharlach — (3 mehr), 247 Diphtherie — (6 mehr), 160 Masern — (30 wen.) und 5 Pockenkranke (0 wen. als in der Vorw.)

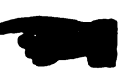
— Die Gesamtzahl der Sterbefälle in St. Petersburg betrug in der Woche vom 11. bis zum 17. März d. J. im ganzen 876 (498 M., 378 W.), darunter an folgenden Krankheiten:

Typh. exanth. 0, Typh. abd. 23, Febris recurrens 0, Typhus ohne Bestimmung der Form 0, Pocken 0, Masern 35, Scharlach 25, Diphtherie 16, Croup 0, Keuchhusten 4, Croupöse Lungenentzündung 30, Erysipelas 10, Grippe 10, Katarrhalische Lungenentzündung 100, Ruhr 1, Epidemische Meningitis 0, Acuter Gelenkrheumatismus 0, Parotitis epidemica 0, Rotzkrankheit 0, Anthrax 1, Hydrophobie 0, Puerperalfieber 5, Pyämie und Septicaemie 12, Tuberculose der Lungen 103, Tuberculose anderer Organe 27, Alkoholismus und Delirium tremens 8, Lebensschwäche und Atrophia infantum 68, Marasmus senilis 28, Krankheiten der Verdauungsorgane 115, Totgeborene 47.

✦ Nächste Sitzung des Vereins St. Petersb. Aerzte: Dienstag, d. 3. April 1907.

Tagesordnung:

Ucke: Zur Desinfektionsfrage.



✦ Nächste Sitzung des Deutschen ärztlichen Vereins: Montag, d. 9. April 1907.

Tagesordnung:

1. v. Petersen: Ueber Pigmentbildung in der Haut.
2. Blessig: Ueber Sideroskopie und Magnetoperationen.

Adressen von Krankenpflegerinnen:

Frl. Pauline Winkel, Конногвардейскій переулокъ 4, кв. 2.

Herausgeber Dr. Rudolf Wanach. Buchdruckerei v. A. Wienecke Katharinenhofer Pr. № 15.

XXXII. JAHRGANG. ST. PETERSBURGER Neue Folge XXIV. Jahrg.

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Redaktion von

Prof. Dr. Karl Dehio.
Dorpat.

Dr. Johannes Krannhals.
Riga.

Dr. Rudolf Wanach.
St. Petersburg.

Die „St. Petersburger Medizinische Wochenschrift" erscheint jeden Sonnabend.—Der **Abonnementspreis** ist in **Russland** 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr inkl. Postzustellung; in den **anderen Ländern** 20 Mark jährlich, 10 Mark halbjährlich. Der **Insertionspreis** für die 3mal gespaltene Zeile in Petit ist 20 Kop. oder 45 Pfen.—Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt. —Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.

Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate bittet man ausschliesslich an die Buchhandlung von **K. L. Ricker** in St. Petersburg, Newsky-Prospekt № 14, zu richten. — **Manuskripte** sowie alle auf die Redaktion bezüglichen Mitteilungen bittet man an den geschäftsführenden Redakteur Dr. **R. Wanach** in St. Petersburg, Petersb. Seite, Alexandrowski Pr. 6 zu richten. Sprechst. Dienstag, Donnerstag und Sonnabend 5—6.

№ 14 St. Petersburg, den 7. (20.) April. 1907.

Dieser № liegt № 3 der «Revue der Russischen Medizinischen Zeitschriften» bei. 

Zwölfjährige Erfahrungen über Herz- und Zirkulationsstörungen in Bad Nauheim 1894—1906.

Von

Dr. Schuster.

Wenn ich es unternehme, meine seit 1894 in Bad Nauheim gesammelten Erfahrungen an Herzkrankheiten zu veröffentlichen, so bin ich mir der schweren Aufgabe wohl bewusst möglichst im Rahmen der Objektivität zu bleiben und die eigenen Erfahrungen gleichsam als Sachverständiger von erhöhtem Sitz der Kritik aus so hell als möglich zu beleuchten. — Der Leser möge nicht erwarten, dass meine Beobachtungen etwa zu mathematisch scharf festgelegten wissenschaftlichen Formeln und Schlüssen geführt hätten. Schwankt doch die Wissenschaft dank der ewigen Unbeständigkeit und der Verschiedenheit der einzelnen menschlichen Organismen, ja der einzelnen Organe hin und her und ermangeln die Resultate unserer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden infolgedessen doch fast immer der exakten Beweisführung. Anstatt mit genau bestimmten Formeln, Zahlen, Kurven etc. das Facit meiner bis jetzt 12-jährigen Erfahrungen und Beobachtungen in Bad Nauheim zu ziehen, muss auch ich mich auf den Beweis beschränken: „experientia docet".

Meinen weiteren Ausführungen eine Beschreibung Nauheims und seiner Kurmittel vorauszuschicken, halte ich eigentlich nicht für nötig. Bad Nauheim hat sich in den letzten Dezennien durch die Indikation „Herzkrankheiten" bis zu einem Weltbade ersten Ranges emporgeschwungen und ist bekannt genug. Doch mag der Vollständigkeit halber mit wenigen Worten darauf hingewiesen werden, dass das Hauptcharakteristikum Bad Nauheims die drei dicht nebeneinander aus einer Tiefe von 159, 180 und 209 m., mit einer Wärme von 29°, $31^1/_2$°, $32^1/_2$° C. hervorsprudelnden, stark kohlensäure- und 2—3% kochsalzhaltigen Soolquellen bilden. Mit diesen 3 prozentualiter verschiedenen Badesprudeln werden eine Reihe verschieden starker Bäderformen zubereitet und zwar einfache durch Gradierung von Kohlensäure völlig befreite Soolbäder, schwachkohlensäurehaltige Thermal-, stärkere Thermalsprudel-, starkkohlensäurehaltige Sprudel- und Sprudelstrombäder. Bei einer so reichhaltigen Dosierbarkeit ist es möglich Bäder zu verordnen, wie sie der betreffenden Krankheit, dem jeweiligen Krankheitszustande resp. der individuellen Eigentümlichkeit des Patienten angemessen sind. — Diese günstigen Verhältnisse geben, wie ich schon häufiger betont habe, Nauheim einen ganz besonderen Vorrang vor allen übrigen kohlensäurehaltigen Soolbädern.

Auf die Wirkungsweise der Nauheimer Bäder eingehend betrete ich ein Gebiet, welches noch viele dunkle Stellen aufzuweisen hat. Es harren noch manche Fragen der richtigen Antwort. Sind doch die physiologischen Untersuchungen über das gesunde Herz noch lange nicht abgeschlossen. Es verlohnt sich nicht alle Ergebnisse experimenteller Untersuchungen, alle Ansichten und Hypothesen aufzuzählen, die bezüglich der Wirkung der kohlensäurehaltigen Soolbäder bei Herz- und Zirkulationsstörungen publiziert worden sind, ich will hier zunächst nur das Wichtigste, Handgreiflichste, mit unseren Sinnen Wahrnehmbare angeben,

um daraus die einfachsten Schlussfolgerungen zu ziehen. — Das kohlensäurehaltige Soolbad wirkt als Hautreiz. Derselbe ist gegeben, einmal durch die Temperatur des Bades $32^1/_2$—29° C., dann durch die in dem Badewasser enthaltenen Medien: Kohlensäure, Kochsalz, Chlorcalcium, etc.

Da die Temperatur mehr oder weniger unter dem Indifferenzpunkte liegt, so tritt zunächst eine Verengung der Hautgefässe ein, welche mit leichtem Fröstel- und Beklemmungsgefühl einhergeht. Diese ganz kurze Zeit, (etwa $^1/_2$—1 Minute) anhaltende Erhöhung des peripheren Widerstandes wird jedoch alsbald aufgehoben durch Erweiterung der Hautgefässe, welche durch Kochsalz und Kohlensäure hauptsächlich hervorgerufen wird und sich durch mehr weniger starkes Erröten der ganzen von dem Badewasser bedeckten Hautoberfläche dokumentiert. Alsbald konstatiert der Beobachter ferner, dass die Herztätigkeit sich verlangsamt, dass das Pulsvolum besser und die Atmung ruhiger und tiefer wird. Der Patient giebt an, dass das Frösteln einem angenehmen Wärmegefühl Platz gemacht hat. Was bedeutet dieser ganze Vorgang? Durch das kohlensaure Soolbad tritt zunächst infolge der Erhöhung des peripheren Widerstandes eine gewisse impulsive Anregung des Herzens ein. Durch die schnell nachfolgende Erweiterung der Hautgefässe und die daraus resultierende Entlastung des Herzens, macht sich eine bessere Funktion desselben bemerkbar. Das Herz arbeitet nicht allein energischer, sondern auch ruhiger. Der Puls verlangsamt sich unter Vergrösserung des Pulsvolums. Diese Wirkung hört aber nicht mit dem Bade alsbald auf, sondern hält stundenlang an. Durch die tägliche Wiederholung desselben wird schliesslich ein Dauerzustand hervorgerufen, ähnlich wie wir es bei der Wirkung der Digitalis finden, häufig auch unter Vermehrung der Diurese. Es handelt sich hier gewiss neben der Beeinflussung des Herzens durch das Gefässsystem d. h. Vasomotorenreizung auch noch um eine reflektorische Vagusreizung.

Bezüglich des Blutdrucks lassen die bis jetzt gewonnenen Resultate noch keine sicheren Schlussfolgerungen zu, man kann noch nicht sagen, dass in diesem oder jenem Falle durch diese oder jene Badeform eine Herabsetzung oder Erhöhung des Blutdrucks mit Bestimmtheit zu erwarten sei. Von wie vielen unkontrollierbaren Zuständen und Vorgängen im Organismus ist nicht der Blutdruck oft abhängig! Geht doch so vieles „zu Herzen"! Man denke an den oft momentanen Einfluss der Respirationsorgane, des Verdauungstraktus, des Hirns, des Gefässsystems zumal im Bereiche des Splanchnicus u. s. w., an die augenblickliche Stimmung dieser oder jener Organe. Dazu die individuelle Verschiedenartigkeit der Menschen! Seit 21 Jahren als Arzt tätig habe ich über 2 völlig kongruente Krankheitsfälle nicht zu verfügen.

Welche Anregungen infolge des Hautreizes sich sonst noch im Organismus abspielen, und welche Bedeutung ihnen bei Herz- und Zirkulationsstörungen zukommen, lässt sich schwer entscheiden. Auch für die sogenannte „Nachwirkung", die sicher vorhanden ist und auf die Goldscheider jüngst noch hingewiesen hat, lassen sich keine exakten Beweise herbeibringen. Man beobachtet sie in zahllosen Fällen nach dem Nauheimer Kurgebrauch, das steht durch die Erfahrung fest. Und dass die Nauheimer Bäder auch schon während der Badekur einen sehr wohltätigen, bessernden, ja sogar heilenden Einfluss ausüben können, lehrt die tägliche Erfahrung und Beobachtung — auch ohne Kurven, Zahlen und Formeln. Experientia docet! So sieht man Tachykardien, Arhytmien, Stauungserscheinungen (Oedeme, Atemnot, Leberschwellungen, Albuminurien), Dilatationen besser werden, ja sogar ganz schwinden. Allerdings nicht im einzelnen Bade oder gleich nach demselben, wohl aber nach Tagen oder wenigen Wochen in günstigen Fällen. In der Regel treten die Besserungen erst allmählich ein, oft zeigen sich erst Reaktionserscheinungen, anscheinende Verschlechterungen — es ist oft schwer sie von tatsächlichen Verschlimmerungen zu unterscheiden — manchmal genügen zuerst die physikalischen Behandlungsmethoden nicht, so dass zu den pharmazeutischen Herztonicis und Diureticis gegriffen werden muss und in einzelnen Fällen, stellenweise nicht einmal besonders schweren, versagt auch wohl alles, sowohl Bad, Bewegungskur, Elektrizität, Medizin.

Was nun die Indikation „Herzkrankheiten" näher angeht, so ist es leider immer noch nicht möglich scharfe Grenzen zu ziehen. Was wir bei allen anderen Behandlungsmethoden erfahren, trifft auch bei der Badekur zu: „Eines schickt sich nicht für Alle". Wir haben leider nicht immer bestimmte Anzeichen vor uns, die mit Sicherheit darauf hindeuten, dass dieser oder jener Herzkranke die Badekur eventuell nicht vertrage. Wir müssen nach dem jeweiligen momentanen Erfolge meistens urteilen. Deshalb bedarf der Kranke einer gewissenhaften ärztlichen Ueberwachung, die kritisch abwägend sich weder von zu grossem Optimismus noch Pessimismus leiten lassen soll. — Die Erfahrung lehrt, dass besonders alle diejenigen Zirkulationsstörungen mit voraussichtlich gutem Erfolge in Bad Nauheim behandelt werden können, die als Folgen eines bestehenden Herzschwächezustandes anzusehen sind, vorausgesetzt dass noch eine gewisse anregungsfähige Reservekraft des Herzmuskels vorhanden ist. — Das Letztere ist die Conditio sine qua non. Mag nun die krankhhafte Ursache in einer organischen Veränderung des Herzmuskels selbst liegen, oder blos eine sogenannte funktionelle sein, mag sie auf Klappenfehler zurückzuführen sein, mag es sich um Schwächezustände als Begleiterscheinung einer bestehenden, nicht allzuweit vorgeschrittenen chronischen Nephritis — mit Ausschluss der Schrumpfniere — handeln, mögen die Folgen von Infektionen, Intoxikationen (Alkohol, Nicotin, Blei etc.) Stoffwechselerkrankungen (Gicht, Zukker, Fett etc.) sich am Herzmuskel geltend gemacht haben, bei allen diesen Krankheitsformen geht die Wirkung Nauheims darauf hinaus, das Herz zu einer ruhigen, gleichmässigen, kräftigen Arbeit anzuregen, das Myocard zu einem solchen Grade von Leistungsfähigkeit wieder zu bringen, dass es den gestellten Anforderungen wieder gerecht werden kann.

Schwere Erschöpfungszustände des Myocards, die nur noch einen geringen Grad von Reservekraft übrig gelassen haben und mit schweren Stauungserscheinungen einhergehen, sind für Nauheim nicht geeignet.

Die Arteriosklerose, selbst die der Coronararterien, die arteriosklerotischen Aortenerkrankungen mit oder ohne konsekutive Herzschwäche geben oft ausgezeichnete Resultate. Man muss nur in der Wahl der Bäder vorsichtig genug sein und auf die im Gefässsystem der Haut sich abspielende Entlastung besonders Bedacht

nehmen. Die anzuwendende Badedosis richtig und schnell genug herauszufinden bei der Verschiedenarigkeit der Krankheitsformen und individuellen Eigentümlichkeiten ist Sache der Erfahrung. — Die schon bestehenden arteriosklerotischen Zustände sind ja freilich nicht mehr zu beseitigen, aber es wird doch durch die eintretende bessere Herztätigkeit auf dem mehr schonenden Wege der Entlastung, durch die Ableitung des Blutes in andere Gefässbezirke, durch die daraus resultierenden besseren Ernährungsbedingungen für den Gesammthaushalt des Körpers bei sonst zweckmässigem Verhalten (Vermeidung von Ueberanstrengungen und Diätfehlern) ferner durch Besserung der die Arteriosklerose oft begleitenden oder begünstigenden anderen Krankheiten (Gicht, chron. Rheumatismus etc.) die schnellere Entwicklung der Arteriosklerose aufgehalten und der fortschreitenden Degeneration resp. Erschlaffung des Herzmuskels entgegen gearbeitet. Der Endeffekt wird mit anderen Worten hinausgeschoben und dem leidenden Kranken häufig Linderung verschafft.

Auf die Herzneurosen, die sich durch Tachykardie und Arythmie auszeichnen und zumeist auf Neurasthenie beruhen, aber auch durch Gifte (Nicotin, Alkohol) erzeugt werden, ferner die rein nervösen Formen der Angina pectoris, die ich als Neuralgia vera plexus cardiaci bezeichnet habe, (Balneologenkongress 1900) Morbus Besedowii u. s. w. bilden ein günstiges Feld für die kohlensäurehaltigen Soolbäder. Bei diesen Krankheitserscheinungen macht sich neben der Vasomotoren- und reflektorischen Vagusreizung sicher auch eine das Gesammtnervensystem umstimmende beruhigende und kräftigende Wirkung der Bäder besonders geltend.

Dass auch die resorptionsanregende Wirkung der Nauheimer Bäder bei der Pericarditis und der frischen Endocarditis, natürlich nach Ablauf des fieberhaften Stadiums, einen günstigen Einfluss ausüben kann, mag hier nur kurz angedeutet werden.

Als wesentliche Unterstützungsmittel der Nauheimer Badekur bei der Behandlung von Herz- und Zirkulationsstörungen kommt die Heilgymnastik, Massage, Terrainkur, Elektrizität und Diät in Betracht. Nachdem bereits in Schweden durch den genialen Ling seit Anfang des vorigen Jahrhunderts die Gymnastik bei Herzkranken in Anwendung gebracht worden ist, und Zander späterhin die manuelle Gymnastik durch sinnreiche Apparate ersetzt hatte, ist es das Verdienst des verstorbenen A. Schott die Heilgymnastik in Nauheim eingeführt zu haben. Später hat dort dann auch die Terrainkur, speziell die unter dem Namen Oertelsche Kur bekannte diätetisch-mechanische Behandlungsmethode und vor allen Dingen die Zandergymnastik Eingang gefunden.

Unter Heilgymnastik verstehen wir im Allgemeinen die methodische Ausübung gewisser Bewegungen passiver und aktiver Art, wie z. B. Armbeugen und -strecken, Armheben und -senken, Kniebeugen und -strecken, Rumpfbeugen und -strecken, Streichen, Kneten, Hacken, Erschütterungen u. s. w. unter gleichzeitiger Beachtung regelmässiger, den Bewegungen conform durchgeführten Respiration.

Heilgymnastik ist kein Turnen. „Es handelt sich", wie Nebel, einer der hervorragendsten Vertreter der Zandergymnastik in Deutschland richtig sagt, „nicht um vage Kraftanstrengungen, nicht um eine unbestimmbare und unkontrollierbare Arbeitsleistung, bei welcher das Herz pocht und der Schweiss rinnt, vielmehr haben wir es speziell bei Herzkranken mit anfänglich sehr schwachen, nur ganz allmählich zu steigernden, aber möglichst auf den ganzen Körper zu verteilenden aktiven oder passiven Bewegungen zu tun, welche langsam und genau nach ärztlicher Verordnung, d. h. mit sorgfältiger Beachtung der Athemvorschriften vorzunehmen sind". — Bei der manuellen Heilgymnastik, werden die Bewegungen durch einen Gymnasten ausgeführt, während bei der maschinellen Methode an Apparaten die Patienten passiv oder aktiv sich beschäftigen. — Die mildeste Form der Heilgymnastik ist die passive, d. h. die Form, bei welcher der Patient an seinem Körper gewisse Bewegungen resp. Manipulationen manuell oder maschinell vollziehen lässt, ohne sich dabei selbst zu betätigen. Hierzu rechnen wir auch die Massage mit ihren Knet-, Streich-, Welkungsbewegungen, Hackungen und Erschütterungen (Vibrationsmassage). — Als stärkere Form ist die aktive Heilgymnastik anzusehen, die ohne Widerstand als Freiübung, Zimmergymnastik betrieben wird, meistens aber besser als manuelle oder maschinelle Widerstandsgymnastik in Anwendung kommt.

Was nun die Wirkungsweise der Heilgymnastik anlangt, so ist wissenschaftlich festgestellt, dass durch Muskelarbeit: 1) eine vermehrte arterielle Blutzufuhr in den arbeitenden Muskeln und bei der Massage auch in der Haut entsteht, 2) ein vermehrter venöser Abfluss zustande kommt und 3) ein Einfluss sich auf die Schlagfolge und Energie des Herzens geltend macht.

Wie bei dem Bade die Haut, so bildet bei der Heilgymnastik die Muskulatur — bei der Massage auch zugleich die Haut — das blutableitende und nervenreizabgebende Organ.

Es ist verständlich, dass auch bei den Bewegungskuren die rein mechanisch physikalischen Verhältnisse schon eine bedeutsame Rolle spielen müssen. Die Gefässe der in Anspruch genommenen Muskulatur erweitern sich, das steht sicher fest. Die Muskulatur kann enorme Mengen Blut fassen, das steht auch fest. Nach Ranke enthält der Bewegungsapparat des Kaninchens in der Ruhe $^1/_3$ der gesammten Blutmasse, bei Bewegung über das Doppelte 66%. Die Erweiterung des muskulären Stromgebiets d. h. die Herabsetzung peripherer Widerstände im Muskel, bedeutet eine erhebliche Entlastung für das Herz. Das Herz hat freiere Arbeit, es kann sich besser kontrahieren. Durch die bessere Systole wird aber auch die Diastole vollkommener. Das Herz nimmt mehr Blut auf, nicht allein arterielles, sondern auch venöses, so dass das durch Muskelarbeit vermehrt abfliessende venöse Blut in grösserer Menge vom rechten Herzen aufgesaugt und in den Lungenkreislauf gebracht schneller in arterielles verwandelt wird. — Das linke Herz saugt andererseits durch die bessere Diastole mehr arterielles Blut aus den Lungen und entsendet durch kräftigere Systole eine grössere Menge in das arterielle System. Das Pulsvolum wird also vergrössert unter Entlastung des venösen Systems.

Diese mehr mechanischen Verhältnisse sind es aber nicht allein, um den bessernden Einfluss auf die Funktion des Herzens zu erklären. Die Muskelarbeit, der funktionelle Reiz, die Beeinflussung der Vasomotoren ruft auch noch einen anderen, der Bade- und Digitaliswirkung ähnlichen Effekt hervor. Denn wir finden auch hier neben der Erhöhung des Pulsvolums eine Pulsverlangsamung. — Darin gleichen sich eben Badekur und Heilgymnastik und darum kombiniert man diese beiden physikalischen Behandlungsmethoden so gern und häufig mit so gutem Erfolge, weil sie beide eine bessere Füllung des arteriellen Gefässsystems hervorrufen und zugleich das venöse Gefässsystem entlasten, weil sie

beide den Herzmuskel unter Verlangsamung seiner oft ausserordentlich vermehrten und oberflächlichen Schlagfolge zur besseren Ausnutzung der noch vorhandenen Energie d. h. Reservekraft anregen, weil sie beide dadurch den Herzmuskel selbst unter bessere Ernährungsbedingungen bringen, ihn kräftigen und schliesslich einen Zustand hervorrufen, der zum Schwinden von Stauungserscheinungen, Dilatation etc, zur Aufhebung beschleunigter und irregulärer Herztätigkeit führt. — Wie von der Haut, den Lungen, Nieren, dem Magen, Darm, Uterus, man möchte sagen von jedem Organ aus, die verschiedenartigsten Rückwirkungen auf das Herz stattfinden, so müssen wir, durch die Erfahrung belehrt, wenngleich auch durch das Experiment nicht scharf bewiesen, annehmen, dass auch die Muskulatur mit ihren, die Muskelfaser und Muskelgefässe beherrschenden Nerven den in fragestehenden Reflexvorgang, die reflektorische Vagusreizung, veranlasst. — Einen nicht zu unterschätzenden Wert muss man bei Ausübung der Heilgymnastik auch noch den Vorschriften der Respiration beimessen, denn durch das den Bewegungen entsprechende tiefe regelmässige Ein- und Ausatmen wird nicht allein die Ausscheidung der Kohlensäure und die Aufnahme von Sauerstoff, sondern auch die Beförderung des Blutes vom rechten zum linken Herzen und weiter in das arterielle Gefässsystem besser besorgt, indem einerseits beim tiefen Einatmen mehr venöses Blut angesaugt und dadurch die Diastole ergiebiger, andrerseits bei der tiefen Ausatmung aber mehr arterielles Blut dem linken Herzen zugeführt wird, wodurch dann wiederum die systolische Entleerung sich ergiebiger gestaltet.

Aus dem Gesagten ergeben sich die Indikationen von selbst. Wie bei der Badekur, so kommen auch hier alle die Zirkulationsstörungen in erster Linie in Betracht, die auf Herzschwächezustände zurückzuführen sind, einerlei ob die Insuffizienz des Herzens durch Störungen resp. Veränderungen im Myocard selbst bedingt oder als Folgeerscheinung bei Klappenfehlern, Neurasthenie, Infektionen, Intoxikationen, Nephritis, Stoffwechselstörungen u. s. w. anzusehen ist.

Auch die Herzneurose, vor allem die Tachykardie und Arhythmie sind für eine heilgymnastische Kur vorzüglich geeignet. Das Herz wird dadurch zu einer ruhigen und gleichmässigen Arbeit angehalten.

Die Arteriosklerose, insofern sie nicht zu weit vorgeschritten ist und noch nicht zu schwere Schädigungen des Herzens bereits hervorgerufen hat, sollte mehr als es bisher geschieht zur Heilgymnastik herangezogen werden, weil ja die Herzarbeit erleichtert, das Herz geschont wird und doch durch diese Schonung sowohl, als auch durch die reflektorische Vagusreizung eine Kräftigung und bessere Ernährung des Herzens zustande kommt. Selbstverständlich muss bei der Arteriosklerose die heilgymnastische Behandlung eine möglichst schonende, d. h. mehr passive als aktive sein, um Blutdrucksteigerungen zu vermeiden. Die passive Gymnastik steigert den Blutdruck ganz gewiss nicht. — Ich möchte überhaupt betonen, dass wie alle Behandlungsmethoden, so auch die Heilgymnastik bei der Behandlung von Herz- und Zirkulationsstörungen mit aller Vorsicht und Geduld, sowohl von Seiten des behandelnden Arztes, als auch des Patienten gebraucht werden soll. Deshalb fängt man gewöhnlich erst mit den einfachsten passiven Bewegungen an, die leider oft dem Laien zu minimal erscheinen und die Vorstellung der Unwirksamkeit, Spielerei, des Hinhaltens in ihm wachrufen mögen.

Nichts ist verkehrter, als in Eile womöglich viele und schwere Uebungen abzuarbeiten, hastig vorzugehen und zu denken: Viel hilft viel. Nur ganz allmählich fügt man aktive Bewegungsformen ein, unter sorgfältiger Beobachtung der Leistungsfähigkeit des Herzens und geht dann erst, wenn dem Herzen noch mehr zugemutet werden kann und soll, zu den Widerstandsbewegungen über.

Dass schwere Erschöpfungszustände des Myocards, sehr weit vorgeschrittene Arteriosklerose etc. nicht für die Heilgymnastik geeignet sind, und auch die leichteren Fälle, denen diese Behandlungsmethode notorisch nicht gut bekommt, ausgeschaltet werden, versteht sich von selbst.

Die Terrainkur ist in ihrem Prinzip der Heilgymnastik völlig gleich. Sie ist nur ein viel derberes Verfahren und kann deshalb nur solchen Kranken zugemutet werden, die über eine gute Reservekraft noch zu verfügen haben, bei denen keine schwere Erschöpfung des Myocards, schwere Kompensationsstörung, weit vorgeschrittene Arteriosklerose, Nephritis vorliegt.

Eine einigermassen zweckentsprechende Dosierung muss auch bei dieser Behandlungsmethode beobachtet werden. In dieser Beziehung ist Nauheim wiederum günstig situiert. Ein grosser schattiger Park mit seinen ebenen Wegen, die reichlich mit Ruhebänken versehen sind, ermöglichen es die schwächste Form der Terrainkur, das Gehen zu ebener Erde, in ausgiebigster Weise in Anwendung zu bringen. — Die letzten Ausläufer des Taunusgebirges, an dessen Fuss Nauheim unmittelbar liegt, geben Gelegenheit in den verschiedensten Abstufungen, die der Arzt genau bestimmt, den Teil der Oertelschen Kur zu erfüllen, den er als „Herzgymnastik“ bezeichnet, d. h. „Kräftigung des Herzmuskels durch Ersteigen von Höhen und Bergen“.

Dass der Diät beim Gebrauch der Oertelschen Kur auch die notwendige Beachtung geschenkt werden muss, ist selbstverständlich. Ueberhaupt hat der Herzkranke auf seine Lebensweise, insbesondere auf Essen und Trinken aufmerksam zu achten. Ruft doch der Verdauungsprozess schon bei ganz normalen Menschen eine Steigerung der Herzaktion hervor. Umwieviel mehr muss ein krankes Herz durch unzweckmässige Belastung des Verdauungskanals beeinflusst werden. Hat auch das Herz nach den heutigen Anschauungen das Regulirsystem für seine Tätigkeit in sich selbst, so sind doch der Vagus und Sympathicus mit diesen automatischen Apparaten und den Verdauungsorganen derartig verbunden, dass die Herzaktion auf extrakardiale Reize hin in mannigfachster Weise beeinflusst werden kann. Man denke an den Zusammenhang von Tachycardie, Arhythmie, Bradycardie, Angina pectoris mit Verdauungsstörungen, an die durch übermässige Gasbildung hervorgerufenen Herzstörungen etc. etc. — Es ist deshalb dringend erforderlich, dass der Arzt mit seinen Patienten die Diätfrage eingehend erörtert und ihm nicht blos einen gedruckten Diätzettel in die Hand drückt. — Unmöglich kann ich auf die Einzelheiten diätetischer Vorschriften hier eingehen, erfordert doch fast jeder Fall wieder eine besondere Beurteilung bald nach dieser, bald nach jener Richtung; handelt es sich doch nicht allein um Berücksichtigung individueller Eigentümlichkeiten, sondern auch der die Herzkrankheit begleitenden oder gar bedingenden Krankheiten wie Gicht, Rheumatismus, Diabetes, Fettsucht, Anaemie, Nephritis, Magen- und Darmstörungen etc. etc. Hier heisst es eben ganz besonders individualisieren. — Leider sind allerdings die Ratschläge des Arztes nicht immer durchführbar, weil die Verpflegung oft nichts weniger als kurgemäss ist. Im Laufe der Jahre hat sich in Bad Nauheim auch nach dieser Richtung hin durch den Einfluss der Aerzte vieles gebessert, doch ist die richtige Beurteilung diätetischer Vorschriften noch nicht hinreichend genug Allgemeingut derjenigen geworden, die für die Verpflegung der Kranken ge-

schäftsmässig sorgen. Der behandelnde Arzt giebt selbstverständlich auf Grund seiner Erfahrung den Patienten auch darüber Auskunft, wie und wo die Befolgung der Vorschriften am besten gesichert ist.

Seit einigen Jahren ist bei der Behandlung von Herz und Zirkulationsstörungen die Elektrizität (Wechselstrombäder und dergl.) in Aufnahme gekommen. Ueber diese physikalische Behandlungsmethode, deren Erfolge zu einem abschliessenden Urteile meinerseits noch nicht geführt haben, will ich später meine Erfahrungen bekannt geben.

Bücheranzeigen und Besprechungen.

Fr. Prinzing: Handbuch der medizinischen Statistik. Jena 1906. Verlag von Gustav Fischer. VII + 559 Seiten.

Obgleich die Anfänge der medizinischen Statistik bis in die Mitte des 17. Jahrhunderts zurückgehen, in welcher Zeit Graunt die Sterbefälle in London und der Geistliche Neumann die Geburten und Sterbefälle der Stadt Breslau statistisch bearbeiteten, so erwachte doch erst um die Mitte des 19. Jahrhunderts überall in Europa das Interesse für die Statistik in erhöhtem Masse. Als die erste systematische Bearbeitung der medizinischen Statistik erschien in Deutschland i. J. 1865 Oesterlens «Handbuch der medizinischen Statistik» (Tübingen). Seit dieser Zeit sind — wenn man von der Westergaard'schen Arbeit «die Lehre von der Mortalität und Morbidität», da sie die Materie nur vom Standpunkt des Statistikers behandelt, absieht — zusammenfassende med.-statistische Bearbeitungen leider nicht erschienen. Da nun auch das Oesterlen'schen Handbuch, abgesehen von den durch das damalige mangelhafte statistische Material erklärlichen Fehlern, in vielen Beziehungen veraltet ist, so kann man Dr. Prinzing nur Dank wissen, dass er die Bearbeitung dieses neuen Handbuches der medizinischen Statistik übernommen und mit bestem Erfolge ausgeführt hat. Jedes Kapitel des mehr als 600 Seiten starken Buches legt Zeugnis ab für den Fleiss und die Umsicht des Verfassers bei der Verwertung des riesigen statistischen Materials. Da die medizinische Statistik sich mit den pathologischen Erscheinungen der menschlichen Gesellschaft von der Geburt bis zum Tode befasst und naturgemäss in drei Teile in die Statistik der Geburten, die Statistik der Krankheiten, Unfälle und Gebrechen, und die Statistik der Sterbefälle zerfällt, so hat der Verfasser auch diese Einteilung im Handbuche beibehalten. Das Inhaltsverzeichnis und ein Sachregister erleichtern das Auffinden des Gewünschten. Druck und Ausstattung sind durchaus befriedigend.

Bernhoff.

Arneth: Diagnose und Therapie der Anämieen. Würzburg 1907. Preis 9 M. 208 Seiten.

A. bestimmt sein Werk hauptsächlich für den Praktiker, dem die grösseren Lehrbücher der Blutpathologie zu umfangreich seien. Deswegen hat er sämtliche Literaturangaben fortgelassen, soweit sie sich nicht auf seine eignen Arbeiten beziehn. Das Werk hat dadurch einen sehr subjektiven Anstrich. Umsomehr als A. bekanntlich der Erfinder einer neuen Untersuchungsmethode des Blutes ist. Diese besteht in einer genauen Auszählung der Kernschlingen und Fragmente der Leukozyten und Klassifizierung derselben in verschiedene Klassen. Gleichzeitig wird die Grösse der einzelnen Zellen sorgfältig gemessen. Die Methode wurde von ihm anfänglich nur für die polynukleären Leukozyten angewandt und wird jetzt auch auf die Lymphozyten ausgedehnt.

Es soll nicht bestritten werden, dass diese Methode, wie jede exakte Forschung, dankenswert ist und geeignet, unsere Kenntnisse über die Entwicklung der Leukozyten zu erweitern. Bevor sie jedoch in die Praxis eindringen kann, müssten noch unzählige Untersuchungen in dieser Richtung unternommen werden, um die Angaben Arneths zu kontrolieren.

Jedenfalls gehört die Methode mit ihren augenverwirrenden Tabellen und Zeichnungen nicht in ein Buch für den Praktiker. Von ihrer praktischen Anwendung kann vorläufig schon deswegen keine Rede sein, weil die Arneth'schen Leukozytenzählungen das Aufgeben fast aller übrigen «Lebensinteressen» aus Zeitmangel zur Folge haben müssten.

Die Klassifizierung der Blutkrankheiten ist modern und übersichtlich. Auszusetzen hätte ich die nicht genügend scharfe Differenzierung der «echten» Pseudoleukämie von klinisch ähnlichen Erkrankungen. Was die perniziöse Anämie betrifft, so wäre mir die Betonnung ihres nahen Zusammenhangs mit der einfachen sekundären Anämie wünschenswert erschienen. A. kommt z. B. zu dem Schluss, dass die (reparable) Botriozephalusanämie prinzipiell zu scheiden ist, von der perniziösen Anämie, wie sie trotz Abtreibung des Parasiten weiter bestehen kann. Ein solcher Unterschied ist nicht vorhanden. Der letale Ausgang eines Leidens darf nicht als Grundlage einer prinzipiellen Trennung der Krankheitsbilder dienen.

Die Therapie ist eingehend besprochen. Die farbigen Tafeln sind recht gut.

O. Moritz.

Auszug aus den Protokollen der Gesellschaft praktischer Aerzte zu Libau.

Sitzung vom 14. September 1906.

1. W. v. Grot referiert über einen Fall von Unterbindung der linken Subclavia und Naht des Plexus brachialis sinistri.

Es handelt sich um einen 3-jährigen gut entwickelten Knaben, welcher vor ein paar Stunden einen Schrotschuss aus nächster Nähe erhalten hatte.

Starke Anaemie der Lippen und der sichtbaren Schleimhäute. An der linken Schulter unterhalb der Clavicula und unter dem l. Schultergelenk eine Reihe von Einschussöffnungen; welche mässig bluten. Ueber der Scapula fühlt man unter der Haut mehrere deformierte Schrotkörnchen; an der hinteren Seite des Oberarms mehrere Ausschussöffnungen.

Der linke Arm hängt schlaff herab, kann nicht bewegt werden. Am linken Arm weder der Radial- noch Brachialpuls fühlbar, rechts beide deutlich und gut. Die Diagnose wird auf Riss der Subclavia und Verletzungen des Plexus brachialis gestellt und sofortige Operation beschlossen.

In Chloroformnarkose Schnitt unterhalb der Clavicula parallel zu derselben. Der Pectoralis von Blut durchtränkt und die Fasern aneinandergezerrt. Nach stumpfer Durchtrennung der Muskeln gelangt man auf die vollkommen durchtrennte V. subclavia, welche beiderseits unterbunden wird. Unter der Vene spritzt die Arterie aus einem Loche in der Wand. Dieselbe wird ebenfalls ligiert. D. Plexus, welcher nur an seinem unteren Rande durchschossen ist, wird durch eine Naht zusammengezogen. Auch das Humerusgelenk, welches von einem Schrotkorn durchschlagen ist, wird freigelegt und ein Tampon in dasselbe eingeführt.

Vom 3. Tag n. der Op. lässt sich Puls in der linken Art. radialis nachweisen, die Fingernägel rosig. Vom 10. Tage versucht Pat. Bewegungen mit der linken Hand zu machen. Der Arm fühlt sich warm an. Die Tampons werden alle weggelassen. Etwa in 14 Tagen ist die Wunde zugranuliert. Die Bewegungsfähigkeit im linken Arm ist so weit zurückgekehrt, dass der Kleine einen Gummiball mit der Hand fassen und halten kann. Den Arm hebt er fast bis zum rechten Winkel.

Bei der Entlassung nach weiteren 14 Tagen die Bewegung der Hand fast normal nur der Arm im Schultergelenk noch behindert.

2. W. von Grot demonstriert einen Patienten, an dem er eine Lidplastik gemacht hat.

3. Prissmann stellt einen an sich nicht weiter interessanten Fall von Morbus Basedowi vor, ergreift aber diesen Anlass, um die Rede auf die Therapie (insbesondere die operative) dieses Leidens zu bringen.

Nach v. Grot ist in diesem Falle eine Operation angezeigt, um so mehr als die medikamentöse Therapie bisher einen Nutzen nicht gebracht hätte. Der Operation müsse selbstverständlich eine längere Behandlung folgen. Im Allgemeinen gelte der Grundsatz, dass die Operation in einem möglichst frühen Stadium auszuführen sei.

Nach Christiani sprechen physiologische Ueberlegungen für eine Operation.

Goldberg weist darauf hin, dass in vielen Fällen die Kardinalsymptome erst in späteren Stadien auftreten. So sah er in einem Falle längere Zeit Durchfälle, und erst viel später entwickelten sich Tachykardie und Kropf. In einem an-

deren Falle begann das Leiden damit, dass der Patient in auffallender Weise abmagerte.

Prissmann erwähnt, dass Morbus Basedowi besonders häufig an der Küste auftreten solle; ihm ist jedenfalls die Häufigkeit dieses Leidens in Libau aufgefallen.

Friedberg sah, wie sich bei einer Patientin sämmtliche Symptome während der Gravidität entwickelten, um nach der Geburt wieder zu verschwinden.

4. Ischreyt stellt einen Fall von kongenitalem Star auf luetischer Grundlage vor.

Ich stelle Ihnen hier die 43-jährige Jula K. und ihren 9-jährigen Sohn Fritz vor. Die Jula K. ist seit 22 Jahren verheiratet. Im ersten Jahre hatte sie einen Abort, dann wurde ein Knabe geboren, der im 3. Monat starb; dann wieder ein Knabe, der mit 1½ Jahren starb. Dann folgten Zwillinge, von denen der eine lebt, der andere mit 16 Tagen starb. Vor 9 Jahren wurde dann endlich ihr jüngster Sohn Fritz geboren. Die Eltern sind beide krank gewesen und haben eine Schmierkur gebraucht.

In den ersten 3—4 Jahren ihrer Ehe hatte die Jula K. gesunde Augen, dann begann das Sehvermögen abzunehmen und es trat Erblindung ein. Das linke Auge wurde mit Erfolg operiert und wieder sehend (Dr. Scherl). Das rechte Auge zeigte am 30. November 1901 bei normaler Lichtprojektion und Farbensinn eine fast totale weiche Katarakt. Am 1. Dezember 1901 diszidierte ich den Star, worauf allmähliche Resorption eintrat. Am 7. Februar 1902 war der Visus rechts cc + 12,0 sph. = 0,2; mit + 16,0 wurde Druckschrift in ca. 30 cm. gelesen.

Der Vater hat gesunde Augen. Von den Kindern hatte das erste «etwas Weisses» in dem einen Auge. Der Sohn Fritz hat augenscheinlich von Geburt an nicht gesehn, sicher festgestellt ist es aber erst im 7.—8. Monat. Er wurde damals mehrere mal operiert. Augenblicklich findet sich folgendes: Nystagmus oscillatorius, Strabismus des rechten Auges nach oben aussen. Die Pupillen sind beiderseits durch einen häutigen Nachstar verlegt, in dessen Mitte sich ja eine kleine Lücke befindet. Die Iriszeichnung ist beiderseits unscharf, der Irissaum ungleichmässig pigmentiert und ausserdem rechts mit Kalkkonkrementen besetzt. Die Corneae sind vielleicht etwas kleiner als normal. Der Visus ist nur ca. 1/50, Farben werden erkannt. Eine Verbesserung des Visus mit Gläsern nicht möglich. Der sonstige Körperzustand normal; nur die Zähne zeigen z. Teil den Hutchinson'schen Typus.

Die Epikrise hat auf folgende Punkte Gewicht zu legen. Die Jula K. hatte sich offenbar im ersten Jahre ihrer Ehe luetisch infiziert und infolge dessen abortiert. Auch die folgenden Kinder zeigten sich z. T. nicht lebensfähig und starben in frühem Alter. Von den überlebenden hatte der Sohn Fritz wahrscheinlich schon bei der Geburt auf beiden Seiten einen Star, ebenso das erste Kind auf dem einen Auge. Wenn wir nun nach der Ursache dieser Starbildung fragen, werden wir mit grösster Wahrscheinlichkeit die kongenitale Lues dafür verantwortlich machen. Der Befund an den Augen des Fritz giebt uns einen Hinweis darauf, wie wir uns den Zusammenhang erklären könnten. Hier finden sich nämlich an der Iris Zeichen einer abgelaufenen Entzündung und es ist daher anzunehmen, dass es diese Iritis war, welche zur Trübung der Linsen geführt hatte. Schwerer zu erklären ist die Starbildung bei der Mutter und es fragt sich, ob nicht am Ende hier nur ein zufälliges Zusammentreffen — von Star und Lues — vorliege. Mit Sicherheit lässt sich diese Frage nicht entscheiden. Da aber sonst keine Ursache für die Starbildung zu finden gewesen ist, andererseits bei beiden Kindern die Lues eine ätiologische Rolle gespielt hat, werden wir auch bei der Mutter an einen ähnlichen Zusammenhang denken können.

(Autoreferat).

5. Prissmann berichtet über einen von ihm in Gemeinschaft mit den Kollegen Graudan, Goldberg und Schmähmann beobachteten Fall von Pemphigus acutus bei einem Kinde von 6 Jahren im Anschluss an akute Kinderkrankheiten. In der Rekonvaleszenz entwickelten sich, besonders an den längere Zeit unter Fomentationen befindlichen Körperstellen erbsen- bis bohnengrosse und noch grössere Blasen mit leicht getrübtem Inhalt, welche nach kurzem Bestande eintrockneten und nach Abfallen der Borken rote Flecken zurückliessen. Zahlreiche Blasen trockneten unter deutlichen Erscheinungen oberflächlicher Gangraen ein. Das Allgemeinbefinden war stark alteriert. Das Mädchen fieberte zwischen 38—39,0 und genas erst nach mehrwöchentlichem Krankenlager. Die über die Natur und Kontagiosität dieser Pemphigusform noch immer herrschenden Meinungsverschiedenheiten zu klären, ist trotz Befund von Pilzen, Gonidien, Mycelien und trotz vielfach beobachteter Epi- und Endemien bisher noch nicht einwandsfrei gelungen. Die Prognose ist im Ganzen im Kindesalter günstig, während die akuten Pemphigusfälle der Erwachsenen fast immer letal verlaufen.

6. Prissmann berichtet über einen neuen von ihm beobachteten Leprafall. Derselbe betrifft eine 55-jährige Jüdin aus Bauske, die seit Jahrzehnten in Libau wohnhaft ist. Eine Tochter der Patientin wurde vor 8 Jahren in diesem Verein, sowie in der Dermatol. Gesellschaft zu Berlin mit beginnender tuberöser Lepra demonstriert. Sie befindet sich seit Jahr und Tag in einem kurländischen Leprosorium (Bauske?). Interessant ist, dass sowohl Mutter als auch Tochter Leprome auf dem Skleralteil des Bulbus aufweisen, eine im Ganzen doch nicht allzuhäufige Erscheinung. Die Mutter bietet zur Zeit ein klassisches Bild der Lepra tuberosa dar. Affiziert sind namentlich Gesicht, Extremitäten und Nates, einzelne Knoten finden sich auch auf dem Rumpf, an den Unterschenkeln sind mehrere ulzeriert. Allgemeinbefinden scheinbar intakt. Patientin wird einem Leprosorium überwiesen.

7. Christiani hält seinen angekündigten Vortrag über «die Methoden der Schnellentleerung des Uterus, insbesondere die Sectio caesarea classica». (Der Vortrag wird im Wortlaut veröffentlicht).

Präses: Prissmann.
Sekretär: Ischreyt.

Tagesnachrichten.

Personalia.

— Der Direktor der ersten medizinischen Klinik der Berliner Universität, Professor Dr. Ernst v. Leyden, ist zum Wirklichen Geheimen Rat mit dem Prädikat Exzellenz ernannt worden. Prof. v. Leyden ist wohl gegenwärtig der älteste noch im Amte stehende deutsche Kliniker, denn er erreicht im April d. J. sein 75. Lebensjahr und hat bereits im August 1903 sein 50-jähriges Doktorjubiläum gefeiert. Seit dem Tode Prof. v. Bergmann's ist Leyden nun der einzige Berliner Arzt, der den Titel «Exzellenz» führt.

— Sein goldenes Doktorjubiläum beging am 1. April der Senior der Kasanschen medizinischen Fakultät, Professor der Pharmakologie Dr. Johann Dogel. Der Jubilar steht im 76. Lebensjahre und hat den Arztgrad bereits im Jahre 1854 erlangt.

— Die ordentlichen Professoren der militär-medizinischen Akademie Ssimanowski und Ssirotinin sind der Wahl gemäss in der Würde eines Akademikers bestätigt worden.

— Dem Divisionsarzt der I. ostsibirischen Schützendivision, wirkl. Staatsrat Dr. Nikolai Ssubbotin, ist für ausgezeichnet eifrigen Dienst und Mühewaltung während der Kriegsaktionen das Allerhöchste Wohlwollen eröffnet worden.

— Ordensverleihungen: Der St. Wladimirorden III. Klasse mit Schwertern — dem Divisionsarzt der 4. ostsibirischen Schützendivision Dr. Alexander Jndolew für Auszeichnung in den Kämpfen.

— Auf der letzten Versammlung der Mitglieder der Pirogowgesellschaft in Moskau wurde, an Stelle des vor Kurzem verstorbenen Dr. Gabritschewski, der Professor der Chirurgie an der Moskauer Universität Dr. Friedrich Rein zum Präsidenten gewählt.

— Mittelst Verfügung der estländischen Gouvernements-Regierung ist der freipraktizierende Arzt Nikolai Abel zum stellvertretenden Stadtarzt von Baltischport ernannt worden.

— Der bisherige Kurator des Petersburger Sserebrjany-Kinderasyls, wirkl. Staatsrat Dr. Siem, ist zum Direktor des Elisabeth- und Maria-Kinderasyls in St. Petersburg ernannt worden.

— Der Flaggmannsarzt der Baltischen Flotte, Dr. Alexander v. Bunge, ist zum wirklichen Staatsrat befördert worden.

Nekrologe.

— Verstorben sind: 1) Am 29. März in St. Petersburg der frühere Professor der Chirurgie an der militär-medizinischen Akademie, wirkl. Staatsrat Dr. Johann Nossilow nach längerer Krankheit im 65. Lebensjahre. Nach Absolvierung der mediko-chirurgischen Akademie i. J. 1864 und Erlangung der Doktorwürde i. J. 1867 hielt N. sich behufs weiterer Vervollkommnung in der Chirurgie zwei Jahre im Auslande auf und wurde nach seiner Rückkehr als Assistent am hiesigen Nikolai-Militärhospital angestellt. 1876 habilitierte er sich als Privatdozent an der mediko-chirurgischen Akademie, an welcher er 1881 zum Professor der operativen Chirurgie ernannt wurde. Im Jahre 1895 trat er als Professor in den Ruhestand und widmete sich ganz seiner Privatpraxis. Von seinen wissenschaftlichen Arbeiten wollen wir hier sein «Handbuch der operativen Chirurgie» und «Ueber Diphtherie-Gangrän» anführen. 2) Am 14. März zu Moskau der ältere Arzt am dortigen Findelhause Boris Ostrogradski im Alter von 42 Jahren nach 18-jähriger ärztlicher Tätigkeit. 3) In St. Petersburg der frühere Oberarzt des Gatschinaschen Waiseninstituts, wirkl. Staatsrat Dr. Nikolai Licharëw, im 70. Lebensjahre. Die Venia practicandi hat der Verstorbene i. J. 1860 erlangt. 4) Am 31. März in Warschau Dr. Joseph Drzewiecki, im 47. Lebensjahre. Er wurde auf der Strasse von zwei Personen, die festgenommen wurden, durch einen Schuss am Kopf verwundet, welcher nach zwei Tagen den Tod herbeiführte. Die ärztliche Praxis hat D. in Warschau über 20 Jahre ausgeübt. 5) Am 23. März n. St. in Leipzig der Privatdozent für Gynäkologie und Geburtshülfe an der Universität Dr. Adolf Glockner im Alter von 38 Jahren. Der Verstorbene, der seit 1895 praktizierte, unterhielt eine Privatklinik in Leipzig. 6) In Leipzig Dr. med. et jur. C. Lampe-Fischer im 71. Lebensjahre. Er leitete längere Zeit den bekannten medizinischen Verlag von C. F. W. Vogel, in welchem damals u. a. Ziemssens 16-bändiges Handbuch der speziellen Pathologie und Therapie erschien. Ausserdem hat er sich auch als Musikfreund und Kenner grosse Verdienste um das Leipziger Kunstleben erworben.

Von Universitäten und med. Instituten.

— Professor Dr. Lewaschëw ist im Amte eines Dekans der medizinischen Fakultät der Odessaer Universität definitiv bestätigt worden und ebenso Prof. Dr. Mankowski als Sekretär dieser Fakultät. Infolgedessen haben die Studenten erklärt, dass sie den Boykott gegen diese zur Rechten gehörenden Professoren fortsetzen werden.

— Zum ordentlichen Professor der Hygiene an der Odessaer Universität ist Professor Dr. J. Kijanizyn, welcher bisher den entsprechenden Lehrstuhl in Charkow inne hatte, ernannt worden. — Der Lehrstuhl der Hygiene in Odessa war bereits seit mehr als 2 Jahren vakant und sollte der Professor auf Anordnung des Ministers der Volksaufklärung (vom Februar 1905) durch Konkurs gewählt werden, was auch im Mai 1906 geschah, wo in der Odessaer medizinischen Fakultät Prof. Kijanizin 10 Wahlstimmen erhielt, während der Gegenkandidat Prof. extraord. Blauberg (Pharmazeut) es nur auf 7 Stimmen brachte. Da aber nun der Konseil der Universität im Laufe von 10 Monaten gegen die gesetzliche Vorschrift das Ballotement der Kandidaten unterliess und somit für die Besetzung des vakanten Lehrstuhls so lange Zeit nicht sorgte, so hat der Minister sich veranlasst gesehen, den von der medizinischen Fakultät gewählten Kandidaten für den Lehrstuhl von sich aus zu ernennen. In dem eben besprochenen Falle, wie auch bei der Wahl des Dekans und des Sekretärs der Odessaer medizinischen Fakultät hat wieder die leidige Politik, welche leider auf allen russischen Hochschulen das wissenschaftliche Leben hemmt, eine Rolle gespielt. An der Odessaer Universität hat wenigstens in diesen beiden Fällen die rechte Gruppe der Professoren den Sieg davongetragen!

— In der militär-medizinischen Akademie machen sich noch immer nicht normale Zustände bemerkbar. Auf einem Meeting der Studenten des I. Kursus wurden noch neuerdings folgende Beschlüsse gefasst: Die von dem General Borodkin geleitete Untersuchung wegen tätlicher Misshandlung ihrer Kommilitonen (cfr. Nr. 12) zu ignorieren; ausser den Frühjahrsprüfungen auch solche im Herbst zu fordern; zu den Prüfungen erst zu schreiten, wenn die Studenten Ditlow, Kolobow und die Stabsoffiziere Klembowski und Shademirowski entfernt sein werden; gegen jegliche Repressalien zu protestieren usw.

— Als Nachfolger des zum Herbst in den Ruhestand tretenden Professors der Augenheilkunde in Strassburg sind, nachdem Prof. Hess (Würzburg) abgelehnt hat, von der Fakultät die Professoren Schirmer (Kiel) und Wagenmann (Jena) in Vorschlag gebracht worden.

— Professor Dr. Krause, Oberarzt an der medizinischen Universitätsklinik in Breslau, hat einen Ruf als ausserordentlicher Professor und Direktor der medizinischen Poliklinik an die Universität Jena erhalten.

Standesangelegenheiten.

— In Warschau ist der dortige Arzt Dr. Drzewiecki auf der Strasse von zwei Personen überfallen worden, die ihm eine Kopfwunde beibrachten, welcher er nach zwei Tagen erlegen ist. Die Kugel war durch die Stirn eingedrungen und im Genick stecken geblieben. Die auf der Stelle verhafteten Mörder erklärten, dass sie das Verbrechen auf Anstiftung einer dritten Person verübt hätten.

— Ein grosser Mangel an Aerzten soll im Militärressort vorhanden sein, namentlich in den in Sibirien stationierten Armeekorps. Es können, wie verlautet, nicht weniger als 1000 Aerzte sofort im Militärressort Verwendung finden.

— Deutsch die Sprache der ärztlichen Wissenschaft. Nach einem Bericht der «Zeitschrift des Allg. Deutschen Sprachvereins» ist vor kurzem in der Britischen Vereinigung zur Beförderung der Naturwissenschaft erörtert worden, wie es nur eines bescheidenen Masses von Kenntnis der deutschen Sprache bedürfe, um fachliche Bücher gewinnbringend zu lesen, dass die englischen Naturforscher sich daher dieses wenige Wissen viel häufiger aneignen sollten, um die deutschen Beiträge verstehen zu können, die doch gerade in der ärztlichen Wissenschaft mit die wichtigsten von allen seien. Deutsch zu lernen sei ja schwierig, aber nicht ausserhalb der Grenzen des leicht Erreichbaren liege eine hinreichende Kenntnis des Deutschen, um mit Vorteil fachliche Bücher lesen zu können, deren grosser Reichtum an gutem Lernstoff gerade für die ärztliche Wissenschaft in England lange nicht genügend gewürdigt werde.

Verschiedene Mitteilungen.

— Auch ein Rekord. 5469 Kinder hat die in diesen Tagen von ihrem Amte zurückgetretene 81 Jahre alte Hebamme Jellinghaus in der Stadt Haspe (Provinz Westfalen) an das Licht der Welt gebracht. Sie ist über 40 Jahre in ihrem Berufe tätig gewesen.

— Zur Statistik der Taubstummen in Russland. Nach den Daten der allgemeinen Volkszählung in Russland vom Jahre 1897 zählte man im ganzen Reiche 158,759 Taubstumme und zwar 88,470 männl. und 77,289 weibliche. Davon entfielen auf das europäische Russland 126,153, auf das Königreich Polen 12,024 und der Rest auf die asiatischen Besitzungen. Von der Gesammtzahl waren übrigens 34,246 Personen blos stumm, ohne taub zu sein. Im Schulalter von 10—19 Jahren standen 34,192 Taubstumme, von denen indessen nur ca. 2200 Unterricht erhielten. Während der Unterricht der Taubstummen in Dänemark, Deutschland, Schweden, Norwegen, Italien, England und Nordamerika längst schon obligatorisch ist, beruht er in Russland auf privater Wohltätigkeit, mit Ausnahme von 4 übrigens auch nur subventionierten Anstalten in Petersburg, Moskau, Warschau und Kasan.

Bf.

— Die Gesamtzahl der Kranken in den Zivilhospitälern St. Petersburgs betrug am 17. März d. J. 12305 (224 mehr als in der Vorwoche), darunter 671 Typhus — (9 mehr), 1092 Syphilis — (19 mehr), 445 Scharlach — (6 mehr), 216 Diphtherie — (31 wen.), 149 Masern — (11 wen.), und 8 Pockenkranke — (3 mehr als in der Vorw.).

— Die Gesamtzahl der Sterbefälle in St. Petersburg betrug in der Woche vom 18. bis zum 24. März d. J. im ganzen 885 (481 M., 404 W.), darunter an folgenden Krankheiten:

Typhus exanth. 0, Typhus abdom. 27, Febris recurrens 0, Typhus ohne Bestimmung der Form 2, Pocken 0, Masern 31, Scharlach 18, Diphtherie 22, Croup 0, Keuchhusten 3, Croupöse Lungenentzündung 39, Erysipelas 3, Grippe 10, Katarrhalische Lungenentzündung 103, Ruhr 1, Epidemische Meningitis 0, Akuter Gelenkrheumatismus 0, Parotitis epidemica 0, Rotzkrankheit 0, Anthrax 0, Hydrophobie 0, Puerperalfieber 0, Pyämie und Septicaemie 11, Tuberkulose der Lungen 107, Tuberkulose anderer Organe 20, Alkoholismus und Dilirium tremens 5, Lebensschwäche und Atrophia infantum 62, Marasmus senilis 31, Krankheiten des Verdauungskanals 135, Totgeborene 50.

✦ Nächste Sitzung des Vereins St. Petersb. Aerzte: Dienstag, d. 17. April 1907.

Tagesordnung:

1. Lange: Fall von Thorakoplastik (Krankenvorstellung).
2. Heuking: Beiträge zur retrobulbären Chirurgie (mit Krankenvorstellung).
3. Grison (Gast): Demonstration elektrischer Apparate.

✦ Nächste Sitzung des Deutschen ärztlichen Vereins: Montag, d. 9. April 1907.

Tagesordnung:

1. v. Petersen: Ueber Pigmentbildung in der Haut.
2. Blessig: Ueber Sideroskopie und Magnetoperationen.



BAD KUDOWA

Reg.-Bez. Breslau.
Bahnst. Kudowa oder Nachod.
400 m über dem Meeresspiegel.

Saison: Vom 1. Mai bis Oktober.

Arsen-Eisenquelle: Gegen **Herz**-, Blut-, Nerven- und Frauenkrankheiten.
Lithionquelle: Gegen Gicht, Nieren- und Blasenleiden.
Natürliche Kohlensäure- und Moorbäder.
Neuerbaut: Comf. Kurhotel, Theater- und Konzertsäle, Anstalt für Hydro-, Elektro- und Lichttherapie, Medicomechanisches Institut.

Brunnenversand das ganze Jahr.

Prospekte gratis durch die Büros **Rudolf Mosse, Reisebüros** und

Die Bade-Direktion.

NATÜRLICHE MINERALWÄSSER **VICHY** Die Quellen gehören der Französischen Regierung.

Man hüte sich vor Nachahmungen und **bezeichne genau die Quelle.**

VICHY CÉLESTINS — Nieren-, Harnblasen-, Magen-Krankheiten.

VICHY GRANDE GRILLE — Leber- und Gallenblasen-Krankheiten.

VICHY HOPITAL — Krankheiten der Verdauungs-Organe, des Magens und der Därme. (55) 17—16.

BAD HALL (Oberösterreich).

Aeltestes Jodsooldad ersten Ranges.

Saison 15. Mai bis 30. September.

Luxuriöse Bäder und **modernste Kurbehelfe. Massage, Kaltwasserkuren, elektrische Licht-** und **Zweizellenbäder, Inhalationen nach neuestem System. Herrliche Lage** in den Vorbergen der **Alpen, ausgedehnte Parkanlagen, Theater, Kurmusik, Konzerte, Bälle.** Elegante Hôtels und Privatwohnungen. Pensionen für Erwachsene und Kinder.

Station der Kremsthalbahn und Steyrthalbahn. Von Wien via Steyr oder Linz (direkter Wagen) in 6 Stunden, von Passau und Salzburg via Wels-Unterrohr in $3^1/_2$ Stunden erreichbar.

Auskünfte und Prospekte erteilt die **Verwaltnng der Landes-Kuranstalten in Bad Hall.**

ARENSBURG, Insel Oesel (Gouv. Livl.).

„Neue Heil- und Schlamm-Badeanstalt".

Saison vom 20. Mai bis 20. August.

Nähere Auskunft erteilen bereitwilligst die Aerzte der Anstalt: Dr. med. **G. I. Arronet, St. Petersburg. Kirotschnaja 8, W. 3, tägl. ausser Sonn.- u. Feiert. v. 6—7 Uhr Abends; v. 20. Mai ab in Arensburg, Dr. G. E. Carstens u. Dr. A. Baron Sass in Arensburg.** Nene illustrierte Broschüre: **«Arensburg und seine Kurmittel»** N. Kymmels Verlag, Riga 1902, verkäuflich in allen Buchhandlungen. (29) 3—1.

Kur- und Seebadeort PERNAU.

Gesunde Lage. Temperatur des Seewassers 15—16° R. Kursaison **20. Mai** bis **20. August.** In der Kurbadeanstalt warme **Schlamm-, Moor-, Salz, Elektrische-, kohlensaure** (Nauheimer) und andere Heilbäder, wirksam bei **Herz-** und **Nervenleiden,** Rheumatismus, Lähmungen, Skrofulose, Bleichsucht, Rhachitis. **Frauenleiden** und anderen Krankheiten. **Elektrisches Lichtbad, Luft- und Sonnenbäder. Hydrotherapeutische und orthopädische Abteilung. Massage.** Mineralwässer (natürliche und künstliche) sind am Orte zu haben. **Täglich Kurmusik. Keine Kurtaxe.** Nähere **Auskünfte** und Prospekte, auch Quartiervermittelung **gratis** durch die **Badekommission.** Adresse: Badekommission. Pernau. (14) 6—4.

MARIENBAD in Böhmen

Stoffwechselkrankheiten: Fettleibigkeit, harnsaure Diathese Gicht, Chlorose, Diabetes.
Erkrankungen der Verdauungsorgane, Obstipation, chronische Blinddarmentzündung.
Herzkrankheiten. Arteriosclerose. Frauenkrankheiten: Nierenleiden.
Natürliche CO_2 Mineralbäder. Eigene Moorlager.
Kaltwasserkur, Mechanotherapie etc. etc. etc.

Saison vom 1. Mai bis 30. September.

30.000 Kurgäste. 90.000 Passanten.

Prospekte gratis vom Bürgermeisteramte.

Kurort Teplitz-Schönau

Böhmen.

heilt Gicht, Rheumatismus, Neuralgien, Gelenksteifigkeiten, Exsudate etc.

Aerzte und deren Familien befreit von Kur- und Musiktaxe, erhalten freie Bäder. Saison ganzjährig.

Alkalisch-salinische Therme von hoher Radioaktivität. Thermal-, Douche-, Moor-, elektr. Licht-, Zwei- und Vierzellen-Bäder, Kohlensäure-Bäder, Fango, Mechanotherapie.

Im Deutschen Alexander-Hospital wird Nachweis erteilt über zur Zeit dienstfreie Pfleger und Pflegerinnen für die private Krankenpflege (gegen Zahlung von 50 Kop.)

Herausgeber Dr. Rudolf Wanach. **Buchdruckerei v. A. Wienecke Katharinenhofer Pr. № 15.**

XXXII. JAHRGANG. ST. PETERSBURGER Neue Folge XXIV. Jahrg.

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Redaktion von

Prof. Dr. Karl Dehio. Dorpat.
Dr. Johannes Krannhals. Riga.
Dr. Rudolf Wanach. St. Petersburg.

Die „St. Petersburger Medizinische Wochenschrift" erscheint jeden Sonnabend.—Der Abonnementspreis ist in Russland 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr inkl. Postzustellung; in den anderen Ländern 20 Mark jährlich, 10 Mark halbjährlich. Der Insertionspreis für die 3mal gespaltene Zeile in Petit ist 20 Kop. oder 45 Pfen.—Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt. —Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.

Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate bittet man ausschliesslich an die Buchhandlung von K. L. Ricker in St. Petersburg, Newsky-Prospekt № 14, zu richten. — Manuskripte sowie alle auf die Redaktion bezüglichen Mitteilungen bittet man an den geschäftsführenden Redakteur Dr. R. Wanach in St. Petersburg, Petersb. Seite, Alexandrowski Pr. 6 zu richten. Sprechst. Dienstag, Donnerstag und Sonnabend 5—6.

№ 15 St. Petersburg, den 14. (27.) April. 1907.

Ueber Pemphigus vulgaris.

Von

Dr. A. Schawlow. Riga-Kemmern.

Vortrag, gehalten in Riga am 15. Dez. 1906.

Meine Herren!

Der Fall von Pemphigus vulgaris den ich Ihnen auf der vorigen Sitzung gezeigt habe, ist deswegen interessant, weil er eine der seltenen Krankheitsformen vorstellt, bei denen die Lokalisation der Erscheinungen in unbestimmbarer Reihenfolge jahrelang die Schleimhäute hauptsächlich umfasst, die Nase, den Pharynx, Larynx und die Bronchien, während die äussere Haut nur sehr selten Krankheitserscheinungen aufweist. Diese Fälle, die eine gleiche Aktualität für den Dermatologen, wie für die Internisten und Laryngologen besitzen, sind nur vereinzelt in der Literatur zu finden, während Beschreibungen von Pemphigus foliaceus und acutus recht häufig sind. Nach der Zusammenstellung von Thost 1897, der an der Hand von 2 eigenen Fällen die bezügliche Literatur fleissig gesammelt hat, sind von Schrötter 3 Fälle, Moritz Schmidt 5 Fälle, Deutschmann 1 Fall, Steffan 3 Fälle, Landgraf 3 und Semon 1 Fall veröffentlicht. In letzter Zeit sind weitere Publikationen über Pemphigus vulgaris von Luithlen, von Schrötter und Menzel, Höpker, Guggenheim und Tamerl gebracht worden. Moritz Schmidt weist bei der Besprechung des Pemphigus vulgaris in der neuesten Auflage seines Lehrbuches „Die Krankheiten der oberen Luftwege" 1904 auf 3 weitere Fälle zu den 5 früher erwähnten hin. Wolff hat im ganzen 14 Fälle von Pemphigus vulgaris gesehen; wieviele von den 103 Pemphigusfällen Kaposis zum Pemphigus vulgaris gehören, konnte ich nicht ermitteln.

Als Pemphigus vulgaris wird diejenige Form des Pemphigus nach Hebra bezeichnet, bei welcher die Blasen den typischen Entwickelungs- und Rückbildungsgang durchmachen, mit vollständigem Ersatz der Epidermis, so dass keine Narben nachbleiben; (auf den Schleimhäuten können jedoch solche sein) der Verlauf der Krankheit aber ist ein sehr langsamer; von Monate und Jahre, manchmal jahrzehntelanger Dauer. Wollen wir noch nach Gronoen hinzufügen, wo der Pemphigus idiopathisch auftritt.

Mit Fieber, oft Schüttelfrost, manchmal Uebelkeit und Erbrechen setzt die Krankheit ein; bald erscheinen auf der Haut oder den Schleimhäuten Blasen, verschiedenartiger Form und Grösse, von der Grösse eines Schrotkornes bis zu der eines Hühnereies; so dass H. Martins, ein älterer Autor, sich nach der Grösse und Form richtend, 97 Arten von Pemphigus vulgaris aufgezählt hat. Kaposi sagt, dass die Blasen einen anfangs klaren wasserhellen oder weingelben Inhalt besitzen, der später lymphoid und eitrig trübe wird, während andere Autoren gleich einen milchigtrüben Inhalt bemerkt haben wollen. (Schech, Rosenberg). Die Blasen auf der äusseren Haut bersten bald (beim Nachlassen der Eruption) oder die Blasendecke vertrocknet von selbst. Beim Bersten bildet sich eine der Grösse der Blase entsprechende Excoriation, unter welcher schnell die Epidermis regeneriert. Es bleiben manchmal Pigmentzeichen, die jedoch auch nach kurzer Dauer zu schwinden pflegen, so dass in eruptionsfreien Zeiten gewöhnlich die Haut keine Spuren vom Pemphigus aufweist. Das Epi-

thel der Schleimhäute wird bei der Eruption anfangs blutig suggilliert, später abgehoben zu einer mit serösem oder trübem Inhalte erfüllten Blase, welche schon nach einigen Stunden schwinden kann, oft jedoch eine gewisse Zeit persistiert. Es bildet sich darauf bei grösseren Blasen ein gelblichweisser, erst über der Schleimhaut erhabener, später mit der Schleimhaut gleichebener Fleck. Manchmal ist dieser Fleck mit Resten der Blase in Form von weisslichen Lappen umgeben, die erst allmählich sich abstossen; der Grund der Blase wird rotgranulierend, wonach die Blase mit oder ohne Substanzverlust heilt; im letzteren Falle mit Narbenbildung. Kilian und Mandelstam geben an, dass im Rachen der Pemphigus häufig nicht in Form von Blasen, sondern von sooähnlichen Auflagerungen oder Exkoriationen auftritt.

Je nach der Dauer der Eruption, je nach der Grösse und Anzahl der Blasen, ändert sich beim Pemphigus das Krankheitsbild. Die Kranken können wochenlang, auch monatelang fiebern, sie magern ab, der Appetit schwindet, an den befallenen Stellen äussert sich Brennen und Jucken, nicht selten recht beträchtliche Schmerzen. Bei Eruptionen in der Nase häufiges Nasenbluten. Sobald die Erscheinungen nachlassen, erholen sich die Patienten gewöhnlich ganz gut, bis wieder ein Nachschub kommt, der sie wieder herunterbringt.

Die Intervalle zwischen den einzelnen Nachschüben können sehr geringe, aber auch recht beträchtliche sein, wie ich es gleich an der Krankengeschichte des Ihnen demonstrierten Patienten zeigen will.

Herr B. Student des Rigaschen Polytechnikums, 21 Jahre alt, leidet seit 6 Jahren an Pemphigus vulgaris. Gebürtig aus Orel. Vater schwächlich; hat in seiner Jugend Lues durchgemacht, jedoch sich gründlich kuriert und hat in seiner Ehe 6 Kinder erzeugt; keine Aborte. Mutter rheumatich, Geschwister gesund. Februar 1901 erkrankte Patient an Bronchitis ohne Fieber, im März trat Fieber auf bis 38,5. Wurde als Influenza in Orel behandelt. Während des Fiebers traten an verschiedenen Körperstellen, besonders an der Nase, Mund und auf den Lippen Blasen auf, anfangs mit durchsichtigem, später mit gelblichem Inhalt. Die Blasen bildeten sich, sowohl auf der normalen, als auch auf der stellweis leicht geröteten Haut. Ihre Form war verschiedenartig, meist aber rund. Das Fieber fiel aber nicht bis zur Norm zurück, schwankte beständig zwischen 37,0—37,5

Anfang April, ungefähr nach 2 Wochen, schwanden diese Blasen. Auf dem Gesicht traten aber neue auf in den Schleimhäuten der Oberlippe und des Gaumens. Ende April schwanden auch diese Blasen.

Diagnose der Aerzte in Orel „Milzbrand". Im Juli neue Blasen im Gesicht, die aber bald nach Gebrauch von Salol schwanden. Im August starkes Rezidiv; Blasen im Gesicht, auf den Händen, Füssen, über dem Schlüsselbein. Nach kurzer Zeit barsten die Blasen; ihr Inhalt floss aus; die Blasendecke trocknete mit der exkoriierten Oberfläche zu einer dünnen Haut ein und in einigen Wochen war die Epidermis vollständig wiederhergestellt, ohne jegliche Narbenbildung. An Stelle der Blasen blieben kurze Zeit Pigmentflecken, die aber auch allmählich schwanden.

Subjektive Erscheinungen: Jucken, Hautspannung. In den Schleimhäuten starke Schmerzhaftigkeit; wie das erste Auftreten, so waren auch alle Rezidive von Temperaturerhöhung begleitet. Der Kranke hatte stark abgenommen und war viel schwächer als früher geworden. Therapie bestand in Eisen, Kumys und Kefir.

Anamnestisch wäre noch hinzuzufügen, dass Patient vorzeitig geboren war, da die Mutter während seiner Schwangerschaft sehr viel Kummer hatte. 5 Jahre alt, hatte er einen schweren Scharlach durchgemacht, begleitet von Nierenentzündung. Mit 12 Jahren fing er stark zu wachsen an. Januar 1900 $14^1/_2$ Jahre alt überstand er Lungenentzündung mit hohen Temperaturen, über 40°; lag $3^1/_2$ Wochen. Oktober 1900 war wieder Bronchitis, er bekam Kreosotal. Im November war er vollständig gesund; im Februar 1901 war Bronchitis und Beginn des Pemphigus. Vom 6. September bis zum 8. Dezember 1901 lag er in der Moskauer Universitätsklinik des Professors Pospelow; bekam dort Arsenik, kühle Bäder; Temperatur sank. Es traten aber im Oktober einige Rezidive ein, die jedoch im Laufe des November schwanden. Er nahm dort 13 Pf. zu und wurde am 8. Dezember gebessert entlassen. Auf der Unterlippe und auf dem Gaumen befanden sich einige Blasen, die aber bald nach seiner Rückkehr in die Heimat verschwanden. — Vom Januar 1902 bis Ende Mai fühlte er sich relativ recht wohl; konnte das Gymnasium wieder besuchen. Im Sommer 1902 ging er nach Petersburg, wo er hydrotherapeutisch behandelt wurde. Im Herbst 1902 wieder stärkere Rezidive, so dass er in die Krim geschickt wurde, wo er vom Oktober 1902 bis Januar 1903 verblieb; machte von dort aus eine Reise nach Konstantinopel und Athen, in Athen wieder plötzlich ein sehr starkes Rezidiv. Er begab sich in das Königin-Olga-Hospital für Russen, wo er mit einem „Serum" behandelt wurde, Erfindung des dortigen Oberarztes, was es war, weiss er nicht. Als bei dieser Behandlung der Zustand schlechter wurde, bekam er künstliche Schwefelbäder, und bei dieser Therapie besserte sich der Zustand wesentlich. Im April kehrte er nach Hause zurück; hatte nur selten, und wenige Rezidive und blieb dort in ziemlich gutem Gesundheitszustande bis zum Sommer 1904. Als plötzlich dann ein starkes Rezidiv auftrat, entschlossen sich die Eltern, ihn ins Ausland zu schicken. Er fuhr nach Wien, dort riet man ihm nach Levico zu gehen. Doch wirkte Levico auf ihn sehr schlecht. Er magerte in 6 Wochen stark ab und ging bald in die Krim, wo er sich doch besser erholte. Im Sommer 1905 fragte mich seine Mutter, die ich damals in Kemmern behandelte, ob er nicht nach Kemmern kommen sollte Ich befürwortete den Versuch. Patient kam sehr spät, erst Anfang August nach Kemmern mit deutlichen pemphigösen Blasen im Larynx, an der Epiglottis, in der Nase, im Gaumen und an der Oberlippe. Trotz der schlechten klimatischen Verhältnisse, (es regnete damals stark und viel) nahm Patient in 3 Wochen um 15 Pf. zu; die Blasen schwanden fast vollständig; nur in der Nase blieben Erscheinungen nach, auf die ich bald zurückkommen werde. Im ganzen Winter und nächsten Frühjahr fühlte Patient sich gut; konnte sogar das Abiturium machen. Kam darauf wieder 1906 im Sommer nach Kemmern, nahm auch jetzt sehr gut zu. Während der Kur waren nur ab und zu Blasen in der Nase und auf dem harten Gaumen. Die äussere Haut war und blieb frei. Patient fühlte sich sehr wohl, trat hier ins Polytechnikum ein und war vom September bis November d. J. vollständig rezidivfrei, bis am 23. November wieder die Temperatursteigerung bis 38,5 auftrat. Eruptionen in der Nase, Oberlippe, Unterlippe und Gaumen, doch sind schon die Erscheinungen im Schwinden begriffen. Als ich Pat. am 28. November sah, hatte er nur noch Blasen am Gaumen, während die Blasen, die Kollege Eliasberg am 27. November an der Unterlippe gesehen hatte, vollständig geschwunden waren.

Status praesens:

Patient ist von hohem Wuchs, mittlerem Körperbau und Ernährung. Von Seiten des Knochensystems ist zu bemerken eine geringe rechtsseitige Skoliose im Brustteile der Wirbelsäule. Muskulatur und Paniculus adiposus schwach entwickelt. Hautfarbe blass, brünett. In der

Mundschleimhaut am harten Gaumen einige frische straff gefüllte Blasen mit lymphoidem Inhalt. Am rechten Auge am Canthus externus Verwachsung der Konjunktivalschleimhäute (narbige Verwachsung); doch lässt sich nicht nachweisen, ob sie vom Pemphigus oder vom Trachom herrührt, an dem Patient in der Kindheit gelitten hat und das operativ entfernt worden ist. Die Augen sind leicht injiziert; Patient behauptet recht oft Blasen in der Conjunctiva der Augen gehabt zu haben, die sehr schmerzhaft waren. Die Nase ist verschmälert; die Nasenflügel sehr schwer beweglich und erscheint die ganze Nase mehr nach rechts hinübergezogen; ist für Luft schwer durchgängig. Patient klagt über häufiges Nasenbluten, besonders in der linken Nase. In der rechten Nase ist das Septum mit der mittleren Muschel fest verwachsen, wahrscheinlich auch mit der oberen und ist das Septum nach rechts hinübergezogen. Die Schleimhaut sieht weisslich aus und scheint bis zum Nasenrachenraum verwachsen zu sein. Links sind Borken sichtbar; Verwachsung der mittleren und unteren Muschel scheint ebenfalls vorhanden zu sein, wenigstens sind die Konturen der unteren Muschel verwischt. Bei Entfernung der Borke mit Wasserstoff-Superoxyd sieht man die rote Papillarschicht. Für die Sonde ist die Nase fast garnicht durchgängig.

Herz normal, Lungengrenzen normal, leichtes Knistern in den Spitzen; sonst vesikuläres Atmen. Abdomen nichts besonderes. Urin normal.

Wie Sie sehen hat Patient Intervalle, die sich auf 3 Monate und mehr erstrecken, fühlt sich im Laufe dieser Zeit sehr wohl, nimmt zu und ist vollständig arbeitsfähig. — Die Aetiologie des Pemphigus vulgaris ist noch sehr im Unklaren. Während bei dem Pemphigus acutus (übrigens hat Bessmann einen solchen Fall ohne Bazillenfund beschrieben) der Staphylokokkus pyogenes aureus, für den Pemphigus vegetans die Hahn'schen Bazillen u. a. gefunden wurden, ist für den Pemphigus vulgaris chronicus nur die Hypothese aufgestellt worden, dass es sich bei dieser Erkrankung um trophoneurotische Störungen handelt, die durch Läsionen des Rückenmarkes und Gehirnes hervorgerufen werden. Wolff sah bei einem Patienten mit spinaler Meningitis, Pemphigus der unteren Extremitäten. Er erwähnt auch, dass eine ganze Reihe von Autoren periphere und zentrale Läsionen des Nervensystems nachgewiesen haben (Leloir, Brocq, Jarisch, Schwimmer, Robin, P. Meyer). In neuerer Zeit hat v. Schrötter jun. (Wien) auf dem XX. Kongress für innere Medizin in Wiesbaden Präparate vom Rückenmark einer an Pemphigus verstorbenen Patientin vorgestellt (nach Referat CB. f. J. M. Nr. 20 1902). Im ganzen Rückenmark fand sich eine Vermehrung der Ependymzellen um den Zentralkanal herum und stellenweise Verlegung des Kanals und Lockerung des Gewebes. Im oberen Brustmark waren Spaltbildung und kapilläre Hämmorrhagien, besonders im Bereich der grauen Substanz eingetreten. Westberg berichtet in den Verhandlungen des 5. Deutschen Dermat.-Kongr. über die Rückenmarkbefunde an zwei Fällen von Pemphigus vulgaris (zitiert nach 25. Bd. d. Monatshefte für prakt. Dermatologie S. 571).

„In dem einen fanden sich im linken Vorderhorn der grauen Substanz minimale Blutungen und Trübungen. In dem anderen sah man im hinteren Teile der Seitenstränge auf dem Querschnitt eine durch graue Färbung auffallende Stelle mit ziemlich deutlicher medianer Streifung. Im oberen Halsmark war nach Müller'scher Härtung eine hellere Färbung in den Goll'schen Strängen und der hinteren Wurzelzone sichtbar. Die Vorderseitenstränge waren abgesehen von der Grenzschicht und der Randzone blasser als normal. Im oberen Brustmark war die weisse Substanz abnorm hell, im Sacralmark im linken Seitenstrang in der Randzone der Hinterstränge und in den vorderen Wurzeln der linken Seite. Die nach Weigert-Pal gefärbten Präparate zeigten sich an diesen Stellen heller gefärbt, mit Karmin stärker gerötet. Dieser Farbenveränderung entspricht ein mässiger Faserausfall mit Vermehrung der Glia".

v. Leube berichtet einen einwandsfreien Beweis für den neurogenen Ursprung des Pemphigus vulgaris in einem Falle von Typhus bei einem $5^1/_2$-jährigen Kinde, das in der 2. Woche plötzlich eine motorische Aphasie und gleichzeitig Pemphigusblasen am und im Munde und Ohr bekam.

Eppinger hat die Hypothese aufgestellt: der Pemphigus vulgaris entsteht infolge von Infektionskrankheiten, deren Toxine im Körper zurückgeblieben, auf das Nervensystem schädigend einwirken. Veränderungen an peripheren Nerven werden auch in die Aetiologie des Pemphigus vulgaris hineingezogen, so fand Bargum (zit. nach Thost) das Rückenmark ganz normal, aber am N. cruralis und N. peroneus beträchtliche Läsionen. Interessant ist noch zu erwähnen, dass Hysterie auch Erscheinungen des Pemphigus vulgaris hervorrufen kann.

Kaposi hat einige solcher Fälle veröffentlicht, darunter einen einer Wärterin der Universitätsklinik. In jüngster Zeit hat Thaussig in der von Schrötter jun. geleiteten Klinik einen solchen Fall beobachtet und Prof. Spiegler Ende 1904 in der Wiener dermatologischen Gesellschaft eine Dame mit Pemphigus vulgaris hystericus vorgestellt. Ernährungsstörungen scheinen nicht gerade ein ätiologisches Moment abzugeben, sonst müssten wohl in Russland bei den vielen Hungersnöten, bei denen alle möglichen Epidemien auftreten, solche Fälle publiziert werden. Gerade die letzten Jahre mit den fast beständigen Missernten haben keine derartige Publikation gebracht.

Im Grossen und Ganzen lässt sich kein befriedigendes ätiologisches Moment aufstellen und wir müssen für's erste daran festhalten, dass trophoneurotische Störungen beim Pemphigus vulgaris, die Erscheinungen bedingen. Vielleicht spielen hier auch Infektionsträger eine Rolle, doch ist es noch nicht gelungen solche zu finden, und die Hoffnung, die Unna ausspricht, dass wir für den Pemphigus vulgaris chronicus Bazillen finden werden, liegt noch weit im Felde.

Die Untersuchungen über die pathologische Anatomie des Pemphigus vulgaris sind auch noch nicht abgeschlossen. Da die Blasen an so verschiedenen Körperstellen und in verschiedenen Formen auftreten und die Blasen selbst schnell zu schwinden pflegen, die Haut dabei vollständig intakt bleibt, sind die Ansichten sehr geteilt. Hebra meinte, dass die Pemphigusblase in der Hornhaut selbst entstehe, weil anders nicht die schnelle Regenerierung der Haut nach Platzen der Blase zu erklären wäre. — Anspitz nimmt eine kachektische Beschaffenheit der Stachelschicht an, die er Akanthalyse nennt, da er wie Haight kein entzündliches Maschenwerk unter der abgehobenen Hornschicht gefunden hat. Diese Ansichten sind aber blos hypothetisch und nicht durch präzise anatomische Substrate begründet. Totale Abhebungen der Epidermis von den Papillen wurden sogar von so bekannten Dermatologen, wie Riehl und Dumesnil als etwas zufälliges betrachtet. Erst Joseph behauptete 1895, dass die Pemphigusblase sich durch Abhebung der gesammten Epidermis mit gleichzeitiger Entblössung des Papillarkörpers bilde; es bleiben jedoch zwischen den durch das Oedem kolbig aufgetriebenen Papillen, oft Reste von Retezapfen, die in verschiedenen Zellen Karyokinese zeigen, und von diesen rühre die schnelle Regeneration her; warum aber eine totale Abhebung des Rete vom Papillarkörper stattfinde, erklärt er nicht. Kromayer versuchte

eine Erklärung dafür abzugeben, indem er behauptet, dass die sezernierte Flüssigkeit selbst durch ihre chemisch-pathologische Beschaffenheit diese Abhebung hervorrufe. — Bei seinen Versuchen mit Pemphigusblaseninhalt an Gefrierschnitten frisch exidierter Haut erwies sich nach 1½-stündiger Einwirkung des Blaseninhaltes, dass die Cutisbündel aufquellten und eine Lockerung zwischen Cutis und Epidermis entsteht.

Luitlen (Archiv für Dermatologie 40 Band) wiederholte die Kromayerschen Versuche und bestätigte sie; zur Kontrolle untersuchte er auch die Einwirkung des Brandblaseninhaltes und der Pockenblasen, die keine solche Einwirkung auf die Gefrierschnitte der Haut aufwiesen, und meint, dass die elastischen Fasern in der Cutis je nach dem Grade der Exudation abnehmen. Diese gerade sollen sich am stärksten beim Pemphigus vulgaris verändern.

Sein Résumé lautet:

„1) Die Pemphigusblase entsteht durch totale Abhebung des Rete sammt basaler Schicht von den Papillen mit Zurücklassung einzelner interpapillärer Zapfen.

2) Die Heilung der durch die Ablösung des Rete bedingten Epithelverluste geschieht ohne Narbenbildung; die Epidermisierung der Papillen wird von den zurückgebliebenen Retezapfen besorgt.

3) Der Grund zu dieser Entstehung der Pemphigusblase kann in der beim Krankheitsprozesse ausgeschiedenen Exsudationsflüssigkeit liegen, insofern dieselbe, wahrscheinlich infolge Einwirkung auf die feinsten elastischen Fasern und deren Zusammenhang mit den Retezellen, die Epidermis von der Cutis loslöst.

In einer weiteren Arbeit erwähnt er jedoch, dass in einer ganzen Reihe von Fällen die Blase nicht durch Abheben des Rete sammt der basalen Zylinderzellenschicht, sondern im Rete selbst entstehe, die elastischen Fasern ganz intakt bleiben und der Blaseninhalt keine mazerierenden Eigenschaften besitzt.

Eppinger hebt hervor, dass bei kleineren Blasen die Hornschicht allein abgelöst ist, bei grösseren die ganze Epidermis mit gleichzeitiger Veränderung der Stachelschicht; der Blaseninhalt ist albuminreich (zitiert nach Thost).

„Am Boden der Blase ist die Cutis bis zu verschiedener Tiefe hinab ödematös, die Blutgefässe sind eng, öfter von einer hämorrhagischen Zone umgeben. Knäuel und Talgdrüsen zeigen Desquamation, zwischen Epithel und Bindegewebe acidophile Massen, im Lumen eingetretenes Blut, zum Teil hyalin verändert. Es handelt sich um nekrotische Hautveränderungen, speziell um paralytische Gefässveränderungen. Die Hautnerven, die er nach Wolters bis zu den feinsten Verzweigungen darstellte, waren verändert. Die markhaltigen Nervenfasern am Boden der Blase waren zum Teil varicös, schollig, oder krümlig zerfallen, mit reichlichen Myelinkörnchen. Zellige Exsudate und Hämorrhagien um die Nerven".

Gegen die Annahme Kromayers und ihre Bestätigung durch Luithlen, haben sich eine ganze Reihe Autoren ausgesprochen. C. Gronven Archiv f. Dermat. Bd. V. fand Blasen in allen Schichten der Epidermis, eosinophile Zellen reichlich, und weist die Behauptung Kromayers über die Mazerationsfähigkeit des Blaseninhaltes strikt zurück. Ebenso Neisser, Jadassohn und Kreibich, Archiv f. Dermat. Bd. L; letzterer hat 14 Fälle von Pemphigus mikroskop. untersucht und stellt fest, dass 1) dem Auftreten der Blasen immer eine Entzündung der Haut vorhergeht, 2) Die Eosinophilie der Pemphigusblasen beruht auf der von Ehrlich angegebenen chemotaktischen Antrocknung der eosinophilen Zellen aus dem Blute. 3) Die Blasen liegen überwiegend zwischen Epidermis und Cutis, doch kommen auch solche zwischen den Schichten der Epidermis vor.

Das pathologisch-anatomische Bild des Pemphigus vulgaris ist also nicht einheitlich; die Blasen können sich sowohl im Rete, wie in der Hornschicht, auch tiefer entwickeln, und hat die Gestaltung der Blase hauptsächlich Einfluss auf die langsamere oder schnellere Regenerierung der betroffenen Haut oder Schleimhautpartie, — Luithlen, Grouven und Kreibich haben gefunden, dass in allen Fällen, wo die Haut am Rande der Blase scheinbar unverändert aussieht, mikroskopisch sich stets eine Hyperämie und Anschwellung der Papillen nachweisen lässt. Luithlen führt sie auf den von unten kommenden Druck und die Mazerationsfähigkeit des eindringenden Blaseninhaltes zurück, während die anderen Autoren nur den Druck dafür verantwortlich machen. In der Conjunktiva fand Sachsalber (Verhandl. d. 5. Dermat. Kongr.) dass neben entzündlichen Prozessen in den Papillen und epidermisähnlicher Umwandlung des Epithels ein lockerer, häufig unterbrochener Zusammenhang zwischen Epithelschichte und subepithelialem Gewebe bestehe und soll gerade diese Stelle den primären Sitz der Pemphigusblasen bilden. Zusammenfassend müssen wir uns dahin aussprechen, dass die Blasen in verschiedenen Schichten der Haut und Schleimhaut entstehen und je nach dem Sitze wird sich die Dauer und Form der Blase ändern. Wovon es aber abhängt, dass der Sitz und die Grösse der Blasen ein verschiedener ist, ist noch nicht aufgeklärt. Man fühlt sich veranlasst nach Eppinger von einer speziellen Noxe des Pemphigus zu sprechen. — Die Mazerationstheorie von Kromayer und Luithlen hat keine Berechtigung, denn sonst müsste die Pemphigusblase grössere Zerstörungen anrichten.

Bei grösseren Blasen wäre der Befund etwa folgender: die Hornschicht zeigt teils spitze, teils kolbige Erhabenheiten, zwischen denen, unregelmässig geformte Vertiefungen, die zum grössten Teile mit lamellösen, in Abschilferung begriffenen Hornmassen gefüllt sind. — Das Rete ist meist dicker als normal, die Zellen der mittleren Schicht sind zu einer konvexen Linie verschoben, die der unteren Schicht abgeplattet, die Zellen zeigen meist deutliche Stachelung und Faserung. Die Papillen verlängert, kolbig, am Ende verdickt, sind gelockert und von vielen erweiterten Blut und Lymphgefässen durchzogen. Zwischen Epidermis und Cutis ist nur ein lockerer Zusammenhang. Massenhaft Leukozyten zwischen den Papillen, an der Basis Mast- und Spindelzellen; Retezapfen können im Blaseninhalte frei liegen oder zwischen den Papillen eingekeilt sein.

Die Mast- und Spindelzellen, die lebhafte Kernteilung aufweisen, geben das Material für die Wiederherstellung der Haut oder Schleimhäute ab. Die kleineren Blasen werden wohl nur in der Hornschicht sich entwickeln.

Die Symptome und der Verlauf sind sehr mannigfaltige. Je nach dem Verlauf richtet sich auch die Feststellung des Pemphigus, ob er zu den gutartigen oder bösartigen gehört. Die Einteilung der Breslauer Schule in Pemphigus benignus und malignus wäre wohl die richtigste, wo es sich um den Pemphigus idiopathicus handelt, zu dem wir unseren Fall hinzuzählen müssen.

Der Pemphigus des Herrn B. weist viel Aehnlichkeit mit dem Falle von Mader (Wiener Med. Wochenschrift 1882) auf, auch von Merck (nach Tamerl), bei dem sich eine Bronchitis fibrinosa als Frühsymptom entwickelte, zu der sich eine Pneumonie zugesellte. Im Laufe einiger Jahre befiel darauf der Pemphigus hauptsächlich die Schleimhäute, endlich kam es zur Verwachsung der Nasengänge, was wir bei unserem

Patienten ebenfalls sehen, später noch zu Verwachsungen der Lider. Die Krankheit kann sich jahrelang hinziehen mit Remissionen und weiteren Exacerbationen. Es tritt Fieber auf und entwickeln sich influenzaartige Erscheinungen, die beim Nachlassen der Eruption schwinden. Der jüngste Nasenschub bei Herrn B. jetzt im November, zeigte ein klassisches Bild der mit Bronchitis verbundenen Influenza. Patient selbst, der eine gute Erfahrung in seinem Krankheitszustande besitzt, wollte von mir gegen Influenza mit Husten behandelt werden. Nach so langer Pause (vom Ende August) wollte er nicht an einen neuen Pemphigusanfall glauben. Erst das Auftreten der Blasen und die sich bald, ohne Gebrauch von Fiebermitteln einstellende Erleichterung bewiesen ihm meine Vermutung, des neuen Nachschubes. Es lässt sich aber niemals bestimmen, wie lange solch ein Nachschub dauert, in diesem Falle hält er selten länger als 1—2 Wochen an. Sogar die genaue Kontrolle in der Moskauer Hautklinik, konnte nie länger als 2 Wochen einen Anfall beobachten. Ich muss vorausschicken, dass ich unter Pemphigusanfall das Stadium der Eruption mit Temperaturerhöhung meine. Sobald kein Fieber mehr vorhanden ist, oder die Temperatur sich in subfebrilen Grenzen bewegt, ist trotz Auftretens neuer Blasen immer ein schneller Stillstand der Eruptionen zu erwarten, mit eventuellem vollständigen Schwinden der Blasen. Der Verlauf ist häufig im letzteren Falle ein so rapider, dass manchmal schon nach einigen Stunden nicht mehr die deutlich ausgesprochenen Blasen zu sehen sind.

Der Versuch, der Tamerl zur Erlangung des Nikolskyschen Symptomes auf der gesunden Brust seines Patienten gelungen ist, führte in diesem Falle zu keinem Resultat. Das Symptom von Nikolsky besteht darin, dass beim Versuch die Haut über einer früher verheilten pemphigösen Fläche mit einer Pinzette abzuheben, es leicht gelingt in recht beträchtlicher Ausdehnung die Hornschicht freizulegen.

Nikolsky betrachtet das Symptom als etwas primäres beim Pempnigus, als Vorbereitung der Haut zur Blasenbildung. Trotzdem Patient im Anfange der Krankheit auf der Brust, am Schlüsselbein im Gesicht Pemphigusblasen hatte, konnten wir niemals eine solche Abziehung erzielen.

Die Blasenheilung haben wir schon früher erwähnt, und ist unser Patient relativ noch günstig dran, da ihm trotz der schon 6-jährigen Krankheit, mit häufigem Auftreten der Erscheinungen an den Schleimhäuten, Mund, Rachen, Nase, Larynx, Pharynx und Bronchien es nur zu einer gewissen Verwachsung der Nasenschleimhäute gekommen ist, während sonst die meisten Autoren bei so langer Dauer bedeutend weitere Verwachsungen gesehen haben. So beschreibt Fuchs einen Fall (Wien. Med. Wochenschrift 1892) wo nach 7-jähriger Dauer des Pemphigus eine derartige Schrumpfung der Wangenschleimhäute eintrat, dass der Mund nicht mehr in gehöriger Weise geöffnet werden konnte. Merkwürdig ist in dem Fall von Fuchs, dass es erst 14 Jahre nach dem Auftreten der ersten Schleimhaut-Eruption zur Blasenbildung an der Haut kam; ob aber unser Patient gegen derartige Verwachsungen in Larynx, Pharynx, wie sie Landgraf, Moritz Schmidt, Höppker und Tamerl gesehen haben, gefeit ist, lässt sich nicht sagen. Heute lokalisiert sich der Pemphigus bei ihm auch hauptsächlich auf den Schleimhäuten. Die äussere Haut ist wie im Fuchs'schen Falle seit einigen Jahren von jeglichen Eruptionen verschont geblieben. Die Blasen aber haben noch die Neigung, mit Ausnahme in der Nase, zu schwinden und Patient fühlt sich relativ wohl. Ob aber eine Verschlimmerung stattfinden, und wann sie eintreten wird, dafür kann man nicht einstehen.

Die Prognose ist eine zweifelhafte. Man muss diesen Fall zu den malignen rechnen, da Patient während der ganzen 6-jährigen Dauer der Krankheit noch niemals absolut frei von jeglichen Blasenerscheinungen war, obgleich das Symptom der geringen Widerstandsfähigkeit der Epidermis, das besonders von der Breslauer Schule als Beweis für die Malignität des Pemphigus angesehen wird, bei ihm nicht vorhanden ist, doch geben die häufigen Eruptionen auf den Schleimhäuten, auch Bronchien Anlass die Prognose schlecht zu stellen, wobei der Eintritt der Verschlimmerung nicht vorhergesehen werden kann.

Was die Therapie anbetrifft, so hat Patient so ziemlich alles bekommen, was überhaupt für die Therapie des Pemphigus empfohlen wurde. Vor allem Arsenik in grossen Dosen. In Petersburg erhielt er Strychnin, doch haben diese Mittel ihm wenig Hilfe gebracht. In Levico kam er sogar herunter. Das einzige, was in letzten Jahren eine Besserung erzielt hatte, waren Schwefelbäder, die sowohl künstlich in Athen, als natürlich in Kemmern den Zustand bedeutend besserten. Worauf aber diese Wirkung beruhen soll kann ich nicht mal vermuten und sich in hypothetische Diskussionen über Blutkörperchen oder evtl. Nervenveränderungen durch Schwefelbäder, einzulassen, wäre zwecklos. Ich will nur auf die Tatsache hinweisen, dass die Schwefelbäder gerade die beste Erfolge gebracht haben.

Ich fühle mich verpflichtet, hier noch Herrn Prof. Pospelow für die liebenswürdige Uebersendung der Krankengeschichte zu danken.

Riga, den 15./28. Dezember 1906.

Bücheranzeigen und Besprechungen.

Osterroth: Herpes zostor ophthalmicus. Verlag von Marhold. Halle a. d. S. 1907. Pr. Mk. 0,80.

Die kleine Arbeit ist ein Beitrag zu einer Sammlung zwangloser Abhandlungen aus dem Gebiete der Augenheilkunde, herausgegeben von Dr. Vossius in Giessen. Das Thema beansprucht indessen nicht nur das Interesse des Okulisten, sondern auch des Neurologen und Dermatologen. Das Leiden ist ziemlich selten (Galezowsky beobachtete es 14 Mal unter 36064 Augenpatienten) und kommt meist in höherem Alter vor. Es können Komplikationen von Seiten der Sklera, Kornea, Iris, Netzhaut und Nervus opticus erfolgen, der Erkrankung muss deshalb alle Aufmerksamkeit geschenkt werden und verdient die sorgfältige und genaue Darstellung des Leidens von Seiten Dr. O.'s die Beachtung aller Interessenten. Auch ein Literaturverzeichnis findet sich am Schlusse.

W. Schiele.

Guido Holzknecht: Mitteilungen aus dem Laboratorium für radiologische Diagnostik und Therapie im k. k. allgemeinen Krankenhause in Wien. Jena. Verl. von Gustav Fischer. 1906. Erster Band. Erstes Heft. Mit 54 Abbildungen im Text.

Das vorliegende erste Heft beschäftigt sich mit der radiologischen Untersuchung des Magens und umfasst folgende Kapitel: 1) Die radiologische Untersuchung des Magens. 2) Zur radiologischen Diagnostik raumbeengender Tumoren der Pars pylorica, speziell bei hochgradig gedehntem und gesunkenen Magen. 3) Die Peristaltik am Antrum pylori des Menschen. 4) Der normale Magen nach Grösse, Form und Lage. 5) Das Einziehen und Vorwölbung des Abdomens, zunächst als Mittel zur radiologischen Beweglichkeitsprüfung der Bauchorgane betrachtet. 6) Enteroptose und Magenerweiterung. «Relaxio ventriculi». An ihm haben ausser Dr. Holzknecht die DDr. Brauner, Ionas und Kaufmann mitgearbeitet. Das interessante Werk ist als durchaus zeitgemäss zu bezeichnen, die Ausstattung, Abbildungen etc. instruktiv und gut. Die Radiologie giebt so viele neue inte-

ressante Aufschlüsse, dass sie sich wohl in kurzer Zeit als unentbehrliches Hülfsmittel der Diagnostik vieler innerer Leiden und besonders auch der des Magens erweisen wird. Mit Interesse sehen wir der Fortsetzung des Werkes entgegen.

W. Schiele.

W. v. Grolmann: Neue Heilmittel und neue Heilmethoden. Frankfurt a. M. 1907. Verlag von Joh. Alt. 446 p. Preis Mk. 3.

Das kleine Buch ist eine erweiterte und vervollständigte Ausgabe der 8. Auflage des «Aerztlichen Jahrbuches». Es gestattet eine schnelle und bequeme Orientierung über alle in den letzten Jahren neu aufgetauchten Heilmittel- und Methoden, die in Form von Referaten besprochen und charakterisiert sind. Die Anerkennung die dem «ärztlichen Jahrbuche» zu Teil geworden, wird auch dem vorliegenden Werke nicht fehlen.

W. Schiele.

S. Jellinek: Medizinische Anwendung der Elektrizität. München und Berlin. Verl. von R. Oldenbrurg. 1906. Mit 149 Abbildungen im Text.

Vorliegende Abhandlung bildet den 3. Band eines von Baumann und Bellstab herausgegebenen grösseren Werkes: Die Arbeit Jellineks ist nicht nur für Mediziner, sondern auch für Techniker und andere Interessenten der modernen Elektrizitätslehre bestimmt und soll zu einer allgemeinen Orientierung über die Anwendung der Elektrizität in der Medizin dienen. Das Buch ist in 10 Kapitel eingeteilt. 1. Elektrizität und Medizin. 2. Elektrizitätsquellen. 3. Hilfsapparate. 4. Applikationsinstrumente. 5. Röntgentechnik. 6) Elektrophysiologie. 7. Diagnostik. 8. Therapie. 9. Spezieller Teil (d. Ther.) 10. Die Röntgenstrahlen im Dienst der Therapie, denen als 11. und 12. noch ein Literaturverzeichnis und ein Sachregister folgen. Verf. ist seiner Aufgabe in hervorragender Weise gerecht geworden und bietet das Buch mit seinen 4½ Hundert Seiten eine ausreichende und klare Darstellung der Anwendung der verschiedenen Elektrizitätsformen bei der Diagnose und Therapie der verschiedenen Krankheiten etc. und eine einleitende Betrachtung über die verschiedenen Energieformen der Elektrizität. Das Buch wird in allen Fällen die gewünschte Auskunft erteilen und sei bestens empfohlen.

W. Schiele.

A. Pollatschek (Karlsbad): Die therapeutischen Leistungen des Jahres 1905. XVII. Jahrgang. Wiesbaden 1906, Verlag von J. F. Bergmann. Gr. 8°, XXXI + 359 S.

Wie die von uns stets lobend besprochenen früheren Jahrgänge des beliebten Pollatschek'schen Jahrbuches, so bringt auch der vorliegende neue Jahrgang wiederum eine treffliche, kritisch gesichtete Uebersicht über die therapeutischen Fortschritte des Berichtsjahres 1905 in alphabetischer Anordnung des Stoffes (nach den Krankheitsnamen) und enthebt damit den beschäftigten Praktiker des lästigen Suchens und Nachschlagens in den verschiedenen Zeitschriften. Für diejenigen, welche sich im Original näher zu orientieren wünschen, ist am Schluss jedes Kapitels das Verzeichnis der benutzten Literatur hinzugefügt. Eine genauere Berücksichtigung haben wieder der pharmakologische Teil, die physikalischen Heilmethoden, die Ernährungstherapie und Diätetik, die Geburtshülfe, die Dermatotherapie und die kleine operative Chirurgie erfahren, während die Gynäkologie, die Augen-, Ohren-, Kehlkopf- und Nasenkrankheiten etc. nur insoweit erörtert sind, als es für den praktischen Arzt unumgänglich erforderlich ist. Zum schnellen Auffinden des Gesuchten dienen ein Autorenverzeichnis und ein Sachregister.

Das Pollatschek'sche Jahrbuch kann nach dem Gesagten dem praktischen Arzt als ein wertvolles Nachschlagewerk bei der Anwendung der vorgeschlagenen neuen therapeutischen Massnahmen und Mittel durchaus empfohlen werden.

Die äussere Ausstattung ist eine gute.

Bernhoff.

Protokolle des Vereins St. Petersburger Aerzte.

Sitzung am 31. Oktober 1906.

Präsident E. Blessig. Stellv. Sekr. Ucke.

1. E. Fuhrmann: Einiges über Gewichtskurven bei Neugeborenen.

2. Wanach berichtet über die Verletzungen durch Bombenexplosion, die er an den Opfern des Attentats auf den Minister des Innern am 12. August 1906 beobachtet hat. Ins Peter-Paulhospital wurden 24 meist hochgradig verstümmelte Leichen und 22 noch lebende Verletzte gebracht. Von diesen starben 3 noch bevor ihnen die erste Hülfe geleistet werden konnte, 2 starben nach Anlegen des ersten Notverbandes, 4 wurden nach dem Verband als verdächtig ins Gefängnisshospital übergeführt. Ferner starben noch 3 im Verlauf der ersten zwei Tage. — Die übrigen 10 Verletzten befanden sich 6 Tage lang im Peter-Paulhospital in Beobachtung und Behandlung und wurden dann in ein anderes Hospital übergeführt. Von ihnen sind noch 3 später ihren Verletzungen erlegen.

Die Hilfsaktion im Hospital, die durch verschiedene äussere Umstände erschwert wurde, wurde so durchgeführt, dass zunächst Notverbände angelegt, durch Morphium, Kampfer und Kochsalzinfusionen die Schmerzen, Shokwirkungen und Blutverluste bekämpft und dann erst eine genauere Versorgung der Wunden vorgenommen wurde. Fast alle Verletzungen waren schwer, multipel und kombiniert. Man konnte unterscheiden Verletzungen: 1. durch den Luftdruck, 2. durch andere stumpfe Gewalten (Kontusionen, Frakturen), 3. Verbrennungen und Verletzungen durch Fremdkörper (Glas, Steine, Kalk, Sand). Es wurden wenig metallische Fremdkörper, keine Projektile gefunden. Auffallend war bei vielen Verletzten der eigentümliche psychische Zustand — ein Gemisch von Stupor und Exzitation. Die Kranken äusserten wenig Schmerzen, lagen unbeweglich und scheinbar teilnamlos da, mit injiziertem Gesicht und weiten Pupillen, schnellem harten Puls, bei erhaltenem Bewusstsein aber mangelhafter Orientierung über die Details des Vorganges (was in einigen Fällen Anlass zu — wie sich später herausstellte — unbegründeten Verdacht gab). Redete man sie an, so sprachen sie hastig, erregt, um bald wieder in ihre scheinbare Apathie zu verfallen. — Zu den Wirkungen des Luftdruckes musste das in zwei Fällen beobachtete Oppressionsgefühl und Hämoptoe ohne Zeichen einer Kontusion des Brustkorbes und ohne Herderscheinungen in den Lungen gerechnet werden (ähnliches wird bei Erdverschüttungen beobachtet). — Zu erwähnen ist noch die zonenweise Wirkung der Explosion, die sich namentlich an einigen Leichen darin äusserte, dass z. B. in einem Fall der Kopf vollständig abgerissen wurde, ohne dass der Körper sonst Verletzungen zeigte, an einer anderen Leiche war die ganze Vorderwand der Brust und des Bauches weggerissen, der Kopf und das Gesicht unversehrt. — Kontusionen wurden bei fast allen Ueberlebenden in verschiedenen Stärkegraden beobachtet. Die Frakturen waren meist mit Splitterung und ausgedehnten Weichteilverletzungen und starker Verschmutzung der weit aufgerissenen Weichteile kompliziert. — Die Verbrennungen waren meist II und III Grades, die Haare häufig verbrannt. In 2 Fällen beobachtete man oberflächliche Verbrennungen in Form von Zickzacklinien mit dendritischen Verzweigungen, die lebhaft an Blitzfiguren erinnerten. — Die erwähnten Fremdkörper fanden sich in sehr grosser Zahl, zuweilen tief eingedrungen. — Kein einziger der Verletzten liess in den ersten Tagen Temperatursteigerung vermissen, doch fieberten nur 2 hoch. — Nach den Körperregionen verteilten sich die Verletzungen wie folgt: Schädelfrakturen 4, (von einfacher Fissur bis zu grossen Defekten mit Hirnprolaps), Augenverletzungen 5 (Amblyopie 1, Hornhautwunden 2, Hämatom der vorderen Kammer 1, Luxation der Linse 1), Taubheit ohne sichtbare Veränderungen 2 mal, einige Fälle von Ruptur des Trommelfells. — Die Brustverletzungen boten, ausser der erwähnten Hämoptoe, nichts besonderes (2 Rippenfrakturen). Von den Bauchverletzungen bekam einer eine Peritonitis. Darmblutungen und Hämaturie wurden nicht beobachtet. — Im Grossen und Ganzen waren die Verletzungen so schwer und mannigfach, wie Ref. sie weder bei Fabrikkatastrophen noch im Kriege gesehen hat.

(Autoreferat).

Diskussion:

Germann hat nur einen Patienten gesehen, der bei dieser Gelegenheit am Auge gelitten hat und sich erst etwa 3 Stunden nach der Katastrophe im Augenhospital vorstellte. Derselbe hatte nur eine oberflächliche Hornhautverletzung davongetragen und wurde an demselben Tage vom dejourierenden Arzte versorgt. G. sah ihn erst am anderen Morgen. Der Mann bot ein eigentümliches Bild dar: das ganze Gesicht

war übersät mit kleinsten Fragmenten und der ganze Kopf war mit einer Kruste bedeckt; er klagte über Schmerzen und liess eine Reinigung nicht zu. Von der Hornhaut ging eine oberflächliche Schicht ab und am Sehvermögen hat er nicht gelitten. Er klagte, dass er nicht schlafen konnte doch hat er sich später vollkommen erholt.

Später hat sich noch ein Mann vorgestellt, der zufällig auf der Strasse war und nur eine oberflächliche Verletzung der Hornhaut aufwies.

Fick kann von dem Pat., der ins Alexanderhospital gebracht wurde, nur soviel sagen, dass die Hämoptoe schnell schwand, dass er aber psychisch sehr gelitten hatte.

Sitzung am 14. November 1906.

Vorsitz.: Blessig. Sekretär: O. Moritz.

Germann berichtet nachträglich, im Anschluss an das Protokoll der vorigen Sitzung, über einen Patienten, der bei dem Bombenattentat folgende Verletzungen des Auges davongetragen hatte: Vulvulus corneae perforans, Cataracta traumatica, Iriswunde. Zur Zeit sind Reste des geschrumpften Wundstaars vorhanden, doch sind die Chanzen für eine optische Operation gut.

Blessig erwähnt noch 2 weitere Fälle die sich erst später im Augenhospital vorstellten: ein totaler Verlust eines Auges und eine Cataracta traumatica.

1. Dobbert: spricht über Uteruskrebs und seine operative Behandlung. Mit Demonstration von Präparaten. (Erscheint in dieser Wochenschrift).

Diskussion:

Fick fragt, ob bei dem Uteruskrebs dieselbe Beobachtung, wie bei anders lokalisierten Karzinomen gemacht werden könne, dass sie nämlich in ihrer histologischen Struktur verschieden sein können und dass die Prognose und Operationschanzen oft mehr von diesem histologischen Bau, als von der Ausdehnung der Metastasen und ihrer Entfernung abhängig sei. Für das Magen- und Rektumkarzinom hat Colmers hier in unserem Verein diese Anschauung vertreten.

Lingen betont, dass die primäre Mortalitätsziffer bei der Wertheim'schen Operation ungemein hoch sei — selbst bei solchen Operateuren, wie Wertheim selbst und Küstner. Bei der vaginalen Operation ist die Gefahr des Eingriff's an sich bedeutend geringer und verfügt Lingen über einen Fall, den er vor 6 Jahren nach dieser Methode operiert hat und der rezidivfrei geblieben ist. Was die Drüseninfiltration betrifft, so ist durchaus nicht stets Karzinom in ihnen nachweisbar, sondern es kann sich um einfache Hyperplasie handeln.

Dobbert glaubt, dass es sich bei der Prognose des Karzinom's resp. der Operation desselben nicht so sehr um den histologischen Bau des Tumors, als um die noch verfügbare Widerstandskraft des Organismus handelt. Es giebt Fälle, bei denen eine einfache Auskratzung zur völligen Heilung geführt hat, trotz mikroskopisch gesicherter Karzinomdiagnose. Es sind auch durchaus nicht immer die grossen Drüsen, sondern oft kleine, aber sehr harte, welche die Keime enthalten.

Lingen gegenüber weist D. darauf hin, dass Wertheim in seiner letzten Statistik schon sehr viel geringere primäre Mortalität hat, als anfangs, weil ja zu Beginn die Operationstechnik naturgemäss noch erst ausgearbeitet werden musste. Die 15—18 pCt. Mortalität die Wertheim jetzt hat, nähern sich schon sehr denen der vaginalen Methode. Und bei letzterer kann man, trotz klinisch freier Parametrien, doch nie das Vorhandensein schon vorgeschrittener Infektion ausschliessen, was den Erfolg der Operation vernichten muss. Nach Wertheim haben wir jedenfalls bessere Chanzen, mit den lokalen Rezidiven fertig zu werden. Dobbert steht auf dem Standpunkt, dass er selbst überhaupt kein Karzinom der Portio und des Cervix uteri mehr vaginal in Angriff nehmen wird.

2. Bary: Ueber Psychosen in der Revolutionszeit. (Autoreferat versprochen).

Diskussion:

Fischer berichtet über 3 einschlägige Fälle aus seiner Praxis, 2 Frauen und 1 Studenten, bei denen es im Anschluss an Erscheinungen der Revolution zu diversen Wahnideen, hysterischen Zuständen, resp. schwerer Chorea kam. F. sieht diese Fälle nicht als selbständige Krankheitsgruppe an, (wie das übrigens auch schon von Bary betont wurde) sondern meint, dass es sich um Subjekte mit minderwertigem Nervensystem handelt, welche auf die aufregenden Momente der Aussenwelt krankhaft reagieren.

Bary betont, dass sein Material von 14 Fällen immerhin nur ein kleines, im Vergleich mit dem der grossen Irrenanstalten sei. Selbstverständlich halte auch er die besprochenen Psychosen nicht für eine Krankheit sui generis, doch sei es interessant zu beobachten, wie die Revolution die Psychose zum Ausbruch bringen konnte und sich in den Wahnideen der Kranken wiederspiegelt.

3. Schrenk demonstriert 2 gynäkologisch interessante Präparate: 1) Parovarialcyste, bei der das adhärente Netz eine Strangulation (anscheinend eine Stiltorsion) hervorgerufen hatte und 2) eine per vaginam entfernte Parovarialcyste, bei der die Entstehung des Tumors besonders deutlich im Präparat zu sehn ist. Der postoperative Verlauf in beiden Fällen glatt. Die grössere, echte, Cyste war mannskopfgross.

Protokolle
des deutschen ärztl. Vereins zu St. Petersburg.

1350 Sitzung am 20. November 1906.

Serk hält seinen angekündigten Vortrag über «Buttermilch als Säuglingsnahrung».

Diskussion:

Lunin: Bei der künstlichen Ernährung des Säugling's kommt hauptsächlich die Kuhmilch in Betracht. Dieselbe ist im Verhältnis zur Frauenmilch reicher an Eiweiss (3,0:0,9) und an Salzen (0,7:0,19) — aber ärmer an Zucker (4,51:6,75) und an anderen N-haltigen, noch unbekannten, Körpern (0,3:0,6).

Den Hauptgrund dafür, dass die Kuhmilch von den Säuglingen nicht vertragen wird, wurde in dem Kuhmilcheiweiss gesucht. Auf Grund der chemischen Differenzen der Reagensglasversuche, die mit der Menschen- und Tiermilch angestellt worden waren, begründete Biedert seine Lehre von der Schwerverdaulichkeit des Kuhmilcheiweisses, welcher Lehre längere Zeit allgemeine Anerkennung gezollt wurde.

Diese Lehre schien auch ihre Bestätigung darin zu finden dass viele Säuglinge unverdünnte Kuhmilch schlecht, dagegen verdünnte Kuhmilch sehr gut vertrugen. Als eine weitere Stütze der Lehre von der Unverdaulichkeit des Kuhmilcheiweisses, wurden die trockenen grauweissen Faeces angesehen die bei Ernährungsmisserfolgen mit Kuhmilch auftreten und von denen man voraus setzte, sie beständen aus unverdautem Eiweiss; man nannte dieselben schlechtweg Kaseinstühle.

Durch den mechanischen Reiz der groben und lange unverdauten Kuh-Milchgerinnsel sollte eine Schädigung, ja sogar eine Entzündung der Darm-Schleimhaut erfolgen, dadurch dass: «jene unresorbierbaren Eiweissmassen den Herd schädlicher Zersetzung und den Nährboden für Wucherung von Pilzen lieferten». Nun haben aber neuere Untersuchungen ergeben, dass das Eiweiss der abgekochten Milch, ferner durch jegliche Art von Verdünnung, wie sie bei Zubereitung der Milch für Säuglinge gebräuchlich ist, bei Lab.-Zusatz feinflockig gerinnt. Ferner bewiesen Ausheberungen des Mageninhalts, dass die Labgerinnung der Kuhmilch im Säuglingsmagen feinflockiger ist, als nach den Beobachtungen im Reagens-Glase zu vermuten war. Die sog. Casein-Stühle bestehen aber nicht aus unverdautem Eiweiss, sondern vielmehr aus Fett-Seifen.

Zahlreiche Untersuchungen haben bewiesen, dass das Casein der Kuhmilch sehr lange der Zersetzung durch Bakterien widersteht. Die Lehre Biedert's von der Schädlichkeit des Kuhmilch-Caseins darf also wohl als überwunden betrachtet werden. Die Unbekömmlichkeit der Kuhmilch könnte durch andere Faktoren erklärt werden; man könnte an den grossen Gehalt der Kuhmilch an anorganischen Salzen und an den geringen Gehalt an noch unbekannten N-haltigen Körpern denken.

Nach der Lehre Czerny's und seiner Schüler über den Milchnährschaden kann jeder Bestandteil der Milch—Eiweiss, Fett, Kohlehydrate — als spezieller Nährschaden auftreten. Besonders häufig kommt diese Rolle dem Fett zu. Sobald man solch einem Kinde, das das Fett der Nahrung nicht verträgt, eine fettarme Nahrung giebt, beginnt das Kind sich zu erholen und das Körpergewicht steigt. Dadurch erklärt sich der Umstand, dass manche Kinder, die bei Kuhmilch nicht gediehen, die Liebig'sche Suppe sehr gut vertrugen und an Körpergewicht zunahmen. Diese Theorie wird durch zahlreiche Gewichtskurven bestätigt, die in dem Handbuche «Des Kindes Ernährung etc.» von Czerny und Keller veröffentlicht

sind. Die gute Wirkung der Buttermilch bei der Ernährung des Kindes lässt, sich meiner Meinung nach, durch die Fettarmut derselben erklären. Die Buttermilch enthält bloss 42 pCt. Fett. Der Eiweissgehalt ist derselbe, bloss der Fettgehalt ist vermindert und durch Kohlenhydrate ersetzt. In diesem Umstande ist wohl die Erklärung für die günstige Wirkung der Buttermilch zu suchen.

(Autoreferat).

Kernig. Krukenberg verordnete viel Buttermilch bei Darmkrankheiten und beim Ulcus ventriculi. Ucke weist darauf hin, dass die rohe Milch durch Kochen, Sterilisieren und durch jegliche andere Behandlungsweise so verändert wird, dass sie lange keine Milch mehr ist und auch nicht ihren wahren Nährwert behält, oft dagegen Eigenschaften acquiriert, die einfach Gifte für den kindlichen Organismus darstellen. Vielleicht ist noch die Tötung der Keime durch Zusatz von Wasserstoffsuperoxyd die schonendste Methode. Als Heilmittel kann ja wohl die Buttermilch angesehen werden in einzelnen Fällen, als Ersatz der Milch, als Nahrungsstoff darf sie nicht betrachtet werden.

Direktor: W. Kernig.
Stellv. Sekretär: Wold. Fick.

1351. Sitzung am 18. Dezember 1906.

Petersen hält seinen angekündigten Vortrag: Ueber die Behandlung des Lupus vulgaris durch Hyperämie nach Bier. Demonstriert zu demselben vier Patientinnen. (Wird im Druck erscheinen).

Diskussion:

Kroug erkundigt sich, ob die Applikation der Saugapparate schmerzhaft sei; führt ferner zur Illustration der Wirkung dieser Behandlungsmethode auf tuberkulöse Gelenke, wo nicht nur eine Abschwellung sondern auch eine Schrumpfung der Gewebe stattfinde, einen Fall an: Im Laufee ines Monats gelang es bei Anlegung der Binde auf 20 Minuten 2 mal am Tage den serösen Erguss im Ellenbogengelenk zum Schwinden zu bringen und am Handgelenk, wo ein typischer Fungus existierte, ausser der Abschwellung eine schmerzlose trichterförmige Narbe zu erzielen.

Masing: Die Bier'sche Methode hat unter grossen Schwierigkeiten allmählich Eingang gefunden. Für die Behandlung der Lungentuberkulose wird jetzt das schiefe Bett empfohlen. Im Sanatorium von Pitkijärwi wird das auch angewandt d. h. der Patient hat auf dem Bett mit erhöhtem Fussende mit möglichst tiefliegenden Schultern und leicht erhöhtem Kopfe zu liegen. Kontraindikation ist die Neigung zu Haemoptoe.

Kernig: Im Obuchowhospital wird seit einem Jahre die Bier'sche Methode in grossem Umfang angewandt.

Wladimirow: Petersen verspricht sich viel von dieser Behandlung des Lupus bei flächenhafter Ausbreitung, seine Resultate sind auch wirklich staunenswert. Die Frage ist nur, wie weit man mit dieser Methode kommt und wie sie zu gestalten ist bei Lokalisation an Schleimhäuten, wie Zunge, Zahnfleisch, Nasenhöhle, Augenlider. Das Tuberkulin bewirkt ebenfalls eine bedeutende Hyperämie und nachträgliche Schuppen- und Borkenbildung. Worin besteht der Unterschied zwischen beiden Methoden? Das Tuberkulin ist ein spezifisch wirkendes Mittel, welches die Tuberkel direkt angreift vom Körper her. Die Bier'sche Methode dagegen scheint ein rein mechanisches Mittel darzustellen, durch welches die Tuberkel schliesslich auch nach aussen abgestossen werden. Oder sollten durch die venöse Hyperämie eine Anzahl von Zellen und Stoffen vorgeschickt werden, welche die Tuberkelbazillen direkt angreifen. Dabei ist zu berücksichtigen, dass nicht jede Wanderzelle Tuberkelbazillen aufnimmt und nicht jede Zelle, welche sie aufgenommen hat, auch mit ihnen fertig wird.

Westphalen: Venöse Hyperämie als solche wirkt als formativer Reiz und geht mit Bindegewebsbildung einher, wie wir dies an der cyanotischen Induration parenchymatöser Organe und an der bindegewebigen Verdickung seröser Häute sehen.

Wladimirow: Es wandern hauptsächlich polynukleäre Zellen aus, welche garnicht besonders geeignet sind, Tuberkelbazillen aufzunehmen und zu verarbeiten. Im tuberkulösem Eiter findet man gerade mononukleäre Zellen, welche Tuberkelbazillen in sich aufnehmen.

Westphalen: Ordt hat in rein tuberkulösen Exsudaten, besonders an meningitischen, garkeine polynukleären, sondern nur mononukleäre Zellen gefunden, deren Emigration er direkt konstatiert hat. Mithin könnte angenommen werden, dass bei der Stauung nur diese austreten, im Kampfe mit den Bazillen eine Rolle spielen und die günstige Wirkung hervorrufen.

Wladimirow: Bei Meningitis kommen im primären Kampfe mit den Tuberkelbazillen gewiss nur die mononukleären Zellen in Betracht, welche die Bazillen nicht nur verschlingen, sondern unter Umständen auch verdauen. Dieser Hergang ist ja auch der Ausgangspunkt der neuesten Serotherapie. Bei der venösen Stauung ist jedoch nicht einzusehen, warum grade die im Blute in geringer Anzahl vorhandenen mononukleären Zellen austreten sollen. Es ist daher von grösster Wichtigkeit die Haut nach der Stauung histologisch zu untersuchen, um festzustellen, was in ihr vorgeht, welche Zellen speziell aus den Blutgefässen austreten. Ausserdem müsste das abgeschuppte Material auf seine Infektiosität untersucht werden, welche anzunehmen er von vornherein geneigt ist.

Petersen: Schmerzempfindung tritt bei der Stauung nur ein, wo die Gefässe sehr zerreisslich sind. Die Bier'sche Methode ist nur für die äussere Haut indiziert, an den Schleimhäuten kommen andere Methoden in Betracht. Das Tuberkulin bewirkt eine viel stärkere Hyperämie und keine so starke Schuppenbildung, sondern eine Borkenbildung. Bei der Stauung verläuft die Reaktion nicht so stürmisch, allmählich, doch genügend stark, um den Stoffwechsel zu erhöhen. Ueber die bisher in Betracht kommenden chemischen Stoffe ist noch nichts bekannt. Ueber histologische Befunde in der gestauten Haut finden sich bisher nur einige ungenaue Angaben. Er nimmt es sich vor, in der von Wladimirow angegebenen Richtung Versuche und Untersuchungen vorzunehmen. Bei der Stauung durch Binden sei die Dosierung eine sehr schwierige, und soll sie daher vom Arzte selbst vorgenommen werden.

Direktor: W. Kernig.
Sekretär: E. Michelson.

Auszug aus den Protokollen der medizinischen Gesellschaft zu Dorpat.

Sitzung vom 16. November 1905.

Prof. K. Dehio referiert über einen Fall von Cysticerken des Gehirnes, bei welchem sich gleichzeitig eine Taenia solium im Darmkanal befand.

Die 27-jährige Patientin, eine kräftige und wohlgebaute junge Frau, hat ihr ganzes Leben in Dorpat und auf dem Lande im Dörptschen Kreise verbracht und ist nie über die Grenzen Livlands hinausgekommen. Seit einigen Jahren leidet Patientin an häufigen quälenden Kopfschmerzen, die zuweilen, wenn sie besonders heftig werden, mit Uebelkeit und Ohnmachtsanfällen verbunden sind. Vor 2 Wochen wurden die Kopfschmerzen unerträglich, so dass Pat. das Bett nicht mehr verliess; sie wurde unbesinnlich und vor 10 Tagen verlor sie das Bewusstsein vollständig. Vor 3 Tagen wurde sie in die medizinische Klinik transferiert. Hier wurde in Bezug aufs zentrale Nervensystem konstatiert, dass die Kranke sich im Zustand einer tiefen Somnolenz befand, aus welcher sie jedoch durch Schütteln und laute Anrufe soweit erweckt werden konnte, dass sie klar, wenn auch kurz und unwillig, antwortete, und über schwere Kopfschmerzen klagte. Sie setzte sich an der Hand der Pflegerin im Bette auf, ohne dass irgend welche Lähmungen zu bemerken waren. Grobe Störungen der Sensibilität und Parästhesieen waren nicht vorhanden, Gesicht und Gehör erhalten. Für gewöhnlich liess Patientin den Urin unter sich, entleert ihn jedoch auf Aufforderung auch ins Nachtgeschirr. Stellung und Bewegung der Augen normal, keine Stauungspapille; Pupillen von mittlerer Weite, Lichtreaktion derselben erhalten. Kein Fieber, Puls klein, weich regelmässig, 68 bis 84 pro Minute. Nach zweitägigem Aufenthalt in der Klinik erfolgte der Tod in tiefem Koma.

Die Sektion, am heutigen Tage ausgeführt, erwies die Anwesenheit einer etwa zwetschgengrossen Cysticerkusblase in der grauen Hirnrinde, unmittelbar unter der pia mater sitzend und mit völlig durchsichtiger strohgelber Flüssigkeit gefüllt. Die Cysticerkusblase sass im hinteren Ende des Gyrus frontalis medius sinister und war von einer zarten neugebildeten Bindegewebekapsel umgeben ohne stärkere reaktive Veränderungen in der umgebenden Hirnsubstanz hervorgerufen zu haben. Eine zweite kleine, kaum erbsengrosse Cysticerkusblase fand sich unter der pia mater in der Rindensubstanz der rechten unteren Stirnwindung an der Hirnbasis neben dem bulbus olfactorius; im Uebrigen das Gehirn und dessen Häute makroskopisch nicht verändert. Im Dünndarm findet sich eine mehrere Ellen lange, wohlerhaltene Taenia solium mit reifen

Proglottiden am unteren Ende; auf das Vorhandensein von Tänieneiern ist der Darminhalt leider nicht untersucht worden, doch ist an demselben wohl kaum zu zweifeln. Die übrigen Organe ohne wesentlichen pathologischen Befund.

Der vorgetragene Fall ist schon deshalb von Interesse, weil es sich um die Anwesenheit einer Taenia solium im Darm handelt, eines Parasiten, der in Livland jedenfalls zu den Seltenheiten gehört, während hier der Botriocephalus latus bekanntlich ungemein häufig ist. Von viel grösserem Interesse ist aber im gegebenen Fall die gleichzeitige Erkrankung der Patientin an Cysticercus cellulosae des Gehirnes. Entsprechend der Seltenheit der Taenia solium kommt auch der Finnenzustand dieses Bandwurmes, eben der Cysticercus cellulosae, bei uns nur selten als Parasit des Menschen zur Beobachtung. Um so bedeutsamer ist in unserem Fall das gleichzeitige Vorkommen der Tänie und des Cysticerkus bei einer und derselben Kranken; bei der Seltenheit beider Parasitenformen in Livland lässt sich dieses Zusammentreffen ungezwungen nur so erklären, dass hier ein ätiologischer Zusammenhang vorliegt. Eine zufällige Doppelinfektion, wie wir z. B. nicht selten Askariden und Botriocephalus in einem und demselben Darm antreffen, ist im vorliegenden Fall so unwahrscheinlich, dass sie praktisch nicht in Betracht gezogen werden kann. Es bleibt also als einzig zulässige Erklärung nur die Annahme übrig, dass unsere Patientin, ursprünglich an einer Taenia solium leidend, sich durch die Eier dieser Taenie mit Cysticercus cellulosae infiziert haben muss.

Die Frage, ob solche Autoinfektionen möglich sind, ist schon lange aufgeworfen worden, aber auch heute noch strittig. Zu Gunsten der Möglichkeit der Autoinfektion spricht, dass die Fälle, wo ein Mensch gleichzeitig an Taenia solium und Cysticercus leidet, doch nicht so selten sind, als man meinen sollte; vereinzelte derartige Beobachtungen sind ziemlich reichlich in der Literatur vorhanden und für die relative Häufigkeit derselben spricht, dass Müller in 36 Fällen von Cysticerkus drei Mal gleichzeitig auch Taenia solium und Leroin in 14 selbstbeobachteten Fällen von Cysticercus gleichfalls 3 Mal auch Tänia solium vorgefunden haben. Diesen Daten gegenüber wird angeführt, dass die Tänieneier eine feste, kalkhaltige Schale besitzen, die im alkalischen Darminhalt sich nicht löst, so dass der Finneembryo im Darm nicht frei werden kann; letzteres sei nur im sauren Magensaft möglich, und das Tänienei müsse erst im Magen verdaut werden, damit die Finne frei werden und die Einwanderung des Blasenwurmes erfolgen könne. — Aber könnte nicht gelegentlich bei Durchfällen, wo der Darminhalt saure Reaktion annimmt, die Auflösung der Eierschale und die Befreiung des Embryo auch ein Mal im Darm erfolgen? Könnten die Bandwurmeier nicht auch ein Mal durch antiperistaltische Bewegungen des Darmes rückwärts den Pylorus passieren und in den Magen gelangen? Und liegt es nicht nahe anzunehmen, dass ein Mensch, der eine Tänie beherbergt, gelegentlich seine Finger mit seinem eigenen Tänieneier enthaltenden Kot beschmutzt und auf diesem Wege die Eier in seinen Mund und weiter in den Magen gelangen lässt?

Wie man sieht, ist die Möglichkeit der Autoinfektion vielfältig vorhanden und nicht in Abrede zu stellen. Der von mir referierte Fall dürfte ganz besonders beweiskräftig zu Gunsten einer Autoinfektion sprechen.

Man sollte es in keinem Falle von Cysticerkuserkrankung unterlassen, die Faeces auf Tänieneier zu untersuchen. Ich bin überzeugt, dass es dann viel häufiger als bisher gelingen wird, die Aetiologie und Pathogenose der Erkrankung aufzuklären.

(Autoreferat.)

Prof. K. Dehio demonstriert das Gehirn eines Mannes, der an einem Gehirntumor zu Grunde gegangen ist.

Es handelt sich um einen jungen Bauern von 23 Jahren, welcher vor einem Jahr an plötzlichen Anfällen von allgemeinen Konvulsionen mit gleichzeitigem Bewusstseinsverlust zu leiden begann. Diese epileptiformen Anfälle dauerten angeblich nur wenige Minuten, traten aber sehr häufig auf und wiederholten sich zuletzt fast täglich. Im Juli 1905 wurde Pat. beim Heumachen von einem plötzlichen Unwohlsein befallen, so dass er nach Hause ging, wo er in einen bewusstlosen Zustand verfiel, in welchem er, kaum noch atmend, zwei Mal 24 Stunden verharrte, so dass die Verwandten ihn fast für tot hielten. Nachdem er wieder zu sich gekommen war, bemerkte er eine starke Herabsetzung des Sehvermögens, weshalb er sich zu Ende des Juli zur Behandlung in die ophthalmologische Klinik begab. Daselbst wurde in Bezug auf die Augen folgender Status festgestellt: die Pupillen beiderseits gleich weit, sehr träge auf Licht reagierend. Am rechten Auge ausgesprochene Stauungspapille mit verwaschenen Rändern die Venen verbreitert und geschlängelt, die Arterien schmal; Sehvermögen herabgesetzt, das Gesichtsfeld nach rechts bis 40° eingeengt. Am linken Auge ist die Papilla optica sehr blass, nicht vorgewölbt (Atrophie); das Sehvermögen so stark gesunken, dass nur noch auf 1/2 Meter Finger gezählt werden; das Gesichtsfeld nach rechts bis 35° eingeschränkt. Es handelte sich also um eine beiderseitige, durch Stauung bewirkte, Neuritis (Papillitis) optica, die links schon zur Atrophie geführt hatte, bei gleichzeitiger Hemianopsia homonyma dextra.

Pat. verblieb in der Augenklinik fast einen Monat, während welcher Zeit vielfach epileptiforme Anfälle mit Bewusstseinsverlust vorgekommen sind; da die Anfälle immer nur kurze Zeit dauerten, sind sie nie vom Arzte selbst beobachtet worden; nach der Beschreibung der Krankenwärterin handelt es sich um allgemeine Konvulsionen mit Bewusstseinsverlust (Jakson'sche Epilepsie), wobei jedoch nicht festgestellt werden konnte, von welchem Körperteil sie ihren Anfang nahmen. Trotz einer Inunktionskur mit grauer Salbe und des Gebrauchs von Bromsalzen und warmen Bädern verschlechterte sich der Zustand immer mehr. Pat. wurde apathisch, lag viel im Halbschlaf und klagte über Kopfschmerzen. In diesem Zustande wurde er am 26. August 1905 in die medizinische Klinik übergeführt. Hier ist eine genaue Untersuchung nicht vorgenommen worden, da der Patient nicht im Stande war genauere Aussagen zu machen. Er klagte nur über schwerste Kopfschmerzen und befand sich in einem ganz apathischen Zustand, meist schlafend oder in tiefer Somnolenz daliegend. Wenn man ihn auf die Füsse stellte, so ging er mühsam und schleppend, beim Essen konnte er noch Messer und Gabel benutzen. Eigentliche Lähmungen waren weder im Gesicht noch an den Extremitäten zu bemerken. Mehrfache epileptiforme Anfälle von 5—10 Minuten Dauer kamen vor, sie sind aber leider nicht vom Arzte gesehen worden. In den nächsten Tagen verlor Pat. das Bewusstsein, reagierte kaum noch auf Nadelstiche, liess Urin und Kot unter sich. Atmung tief und langsam, Puls 72 p. m., Zähneknirschen. Pupillen stark erweitert. Am 5. September 1905 erfolgte der Tot unter den Erscheinungen des allgemeinen Hirndruckes.

Im Gehirn, welches demonstriert wird, findet sich eine, namentlich an der linken Hemisphäre stark ausgesprochene Abflachung der Windungen und als hauptsächlichste Veränderung ein unregelmässig gestalteter, offenbar von der pia mater ausgegangener Tumor von Apfelgrösse, dessen laterale Oberfläche aus der Fossa Sylvii der linken Hemisphäre hervorquillt und somit die untere Fläche des linken Stirnlappens sowie die obere Fläche des linken Temporallappens auseinandergedrängt und zum Teil zerstört hat. Auf Frontalschnitten, die durch das ganze gehärtete Gehirn gelegt werden, sieht man, dass der Tumor aus einer weichen, ziemlich blutreichen Masse von grauroter Färbung besteht und sich scharf gegen das umgebende Gehirngewebe abgrenzt, so dass er sich stellenweise aus demselben herausschälen lässt. Die mikroskopische Untersuchung steht noch aus; makroskopisch stellt er sich als ein Sarkom oder Endotheliom der pia mater dar. Auf successiven Frontalschnitten sieht man, dass der Tumor die ganze Ausdehnung des Fossa Sylvii und der Insula Reilii sin. einnimmt und den grauen Hirnmantel der genannten Partien fast vollkommen zerstöst oder zur Atrophie gebracht hat, so dass nur schmale Räume der grauen Substanz erhalten sind. Medianwärts reicht der Tumor bis ans Klaustrum, nach hinten bis ans hintere Ende der Insula Reilii. Die umgebenden noch erhaltenen Hirnteile sind hochgradig komprimiert; der Temporallappen, sowie der die Insel bedeckende Teil des Stirn- und Parietallappens sind im vertikalen Durchmesser auf die Hälfte reduziert, die grossen Ganglien des Hirnstammes und der linke Seitenventrikel nach rechts verschoben. Aus diesem Befund lassen sich die klinischen Symptome unschwer verstehen. Die Erscheinungen des allgemeinen Hirndruckes, welche besonders zu Ende des Lebens vorhanden waren (Kopfweh, Apathie, Somnolenz und das Frühsymptom der beiderseitigen Stauungspapille) sind bei der Anwesenheit des grossen raumbeengenden Tumors leicht begreiflich. Aber auch die Herderscheinungen (rechtsseitige homonyme Hemianopsie und die kortikale Epilepsie), welche intra vitam bei der Annahme eines einzigen Tumors schwer zusammen zu bringen waren, finden an der Hand des anatomischen Befundes ihre ausreichende Erklärung. Wir sehen am Präparat, dass der Tumor die umliegenden Teile des Gehirnes in weitem Umkreis so stark komprimiert hatte, dass die Pressung und Raumverschiebung sogleich ins Auge sprang. Diese Pressung hat sich auch am linken Tractus opticus geltend gemacht — daher die Hemianopsie. Auch die kortikale Epilepsie muss so erklärt werden; der Tumor berührte zwar nicht die linken Zentralwindungen, aber er komprimierte sie und drängte sie nach oben und hinten, und übte so Reizwirkungen auf die motorischen Rindenzentra aus, Reizwirkungen, die dann in Form der epileptiformen Anfälle explodierten. Aber diese Zentra waren nicht zerstört und darum fehlten alle Lähmungserscheinungen.

Ich habe vor 11 Jahren (St. Petersburger med. Wochenschr. 1894 pag. 325) einen Fall von Hirntumor veröffentlicht, wo

gleichfalls nur Rindenkrämpfe, aber keine Lähmungen vorhanden waren und darauf hingewiesen, dass solche Fälle nur mit Vorsicht zur topischen Diagnostik der Hirnläsionen verwertet werden dürfen, da solche Krämpfe auch als Kernwirkungen, als indirekte Herdsymptome auftreten können. Nur wo gleichzeitig mono- oder hemiplegische Lähmungen vorhanden sind, darf eine Zerstörung im Bereich der Zentralwindungen angenommen werden. Der vorliegende Fall bestätigt diese Anschauung. Sowohl die Hemianopsie als auch die Rindenepilepsie waren hier durch Druck oder Reizwirkung des Tumors auf seine Umgebung hervorgerufen und hatten somit nur die Bedeutung indirekter Herdsymptome.

Für die Symptomatologie der Erkrankungen der Insula Reilii lässt sich mein Fall nicht verwerten. Die unter der Rinde der linken Insel verlaufenden Assoziationsfasern der temporalen und frontalen Sprachzentra waren durch die Neubildung offenbar nicht alteriert worden, denn so lange Patient bei Bewusstsein war, konnte er auch unbehindert sprechen.

(Autoreferat).

Tagesnachrichten.

Personalia.

— Zum Präsidenten des Kuratorenkomitees des Klinischen Instituts der Grossfürstin Helene Pawlowna ist, an Stelle des von diesem Posten zurückgetretenen Reichskontrolleurs und Reichsratsmitgliedes v. Schwanebach, das Mitglied des Reichsrats, Senateur Geheimrat Dr. Lukjanow ernannt worden, unter Belassung in seinen bisherigen Aemtern.

— Auf eine 25-jährige Tätigkeit als Universitätsprofessor konnte in diesen Tagen der Direktor der Klinik für Syphilis- und Hautkrankheiten an der Universität Breslau, Prof. extraord. Dr. Albert Neisser, zurückblicken. Prof. Neisser weilt gegenwärtig noch in Batavia, wo er die Syphilisimpfungen an Affen fortsetzt.

— Der Korpsarzt des kombinierten Korps in der Mandschurei und Brigadearzt der Transamurreisenbahnbrigade, wirkl. Staatsrat Dr. Wl. Sawadski, ist vom erstgenannten Posten enthoben worden.

— Der Oberarzt des Marinekorps, wirkl. Staatsrat Dr. Dmitrijew ist zum Flaggmannsarzt beim Stabe des Kommandierenden der Lehrabteilung dieses Korps für die diesjährige Navigation ernannt worden

— Der Direktor des St. Andreas-Kinderasyls in St. Petersburg, Staatsrat Dr. Taube, ist zum Kurator des Serebrjany-Kinderasyls hierselbst ernannt worden.

— Dem jüngeren Arzt der Gardeequipage Dr. Grigorowitsch ist für Auszeichnung bei der Belagerung der Festung Port-Arthur der St. Annenorden II. Klasse und der St. Stanislausorden II. Klasse, beide Orden mit Schwertern, verliehen worden.

— Dem durch seine kulturgeschichtlich-medizinischen Schriften in weitem Kreise bekannten Berliner Arzt Dr. Eugen Holländer, der in Berlin eine private chirurgische Heilanstalt und eine Poliklinik leitet, ist der Professortitel verliehen worden.

— Das 200-jährige Jubiläum des Botanikers Karl v. Linné wird im Mai d. J. von der Universität Upsala und gleich darauf am 25. Mai n. St. auch von der Akademie der Wissenschaften in Stockholm festlich begangen werden. Bevor Linné Professor in Upsala wurde, lebte er in Stockholm, wo er eine ausgedehnte ärztliche Praxis ausübte. In dieser Zeit gründete er im Verein mit fünf anderen Gelehrten die schwedische Akademie der Wissenschaften, deren erster Präsident er wurde Die Akademie lässt eine goldene Linné-Medaille prägen, die für besonders hervorragende Verdienste im Gebiete der Naturwissenschaften verliehen werden soll.

— Vor Kurzem vollendeten sich 25 Jahre der schulärztlichen Tätigkeit der bei den hiesigen städtischen Schulen angestellten Aerztin Wera Matwejewa, geb. Lewin, aus welchem Anlass ihr von den Kollegen eine Adresse und eine Geldsumme zur Bildung eines Fonds der Schulärzte behufs Unterstützung armer Schüler und Schülerinnen der Stadtschulen überreicht wurden.

(R. Wr.).

Nekrologe:

— Verstorben sind: 1) Am 24. März in Moskau der Direktor des bakteriologischen Instituts der Moskauer Universität und Privatdozent Staatsrat Dr. Georg Gabritschewski im 47. Lebensjahre an krupöser Pneumonie. Der Hingeschiedene, welcher im Jahre 1884 den Kursus an der Moskauer Universität absolvierte, hat sich durch seine zahlreichen Arbeiten auf dem Gebiete der medizinischen Bakteriologie einen wohlverdienten Ruf erworben. Namentlich waren es seine Untersuchungen über die Immunität bei Recurrens und Scharlach, welche zur Herstellung eines Rückfallstyphusserums und einer Scharlachvakzine führten, die bereits mit Erfolg bei Kranken angewandt werden. 2) In St. Petersburg am 4. April der Gemeindearzt von Arzys (in Bessarabien) Dr. Julius Wunderbar im Alter von 31 Jahren nach erst sechsjähriger ärztlicher Tätigkeit. 3) In Nishni-Nowgorod der Arzt an der dortigen Gewerbeschule Dr. W. Baubin im 41. Lebensjahre an krupöser Pneumonie. Von Hause aus wohlhabend, nahm der Verstorbene auch eine angesehene Stellung in der Stadtverwaltung ein. 4) In Jlezki Gorodok der frühere Kreisarzt von Kalmykow im Uralgebiet, Dr. David Perez im 52. Lebensjahre. Die Venia practicandi hatte er i. J. 1882 erlangt. 5) In Meiningen der Leibarzt des Herzogs von Sachsen-Meiningen und frühere Medizinalreferent im Meiningischen Staatsministerium, Geheimrat Dr. O. Domrich, im Alter von 88 Jahren. In den 50-ger Jahren gehörte D. mehr als ein Jahrzehnt dem Lehrkörper der Jenaer Universität an. 6) Am 2./15. April zu Breslau der Professor der Augenheilkunde an der dortigen Universität, Geh. Medizinalrat Dr. Hugo Magnus im nahezu vollendeten 65. Lebensjahre. Sein Hauptgebiet war die Geschichte der Medizin. Ausserdem hat er eine grosse Anzahl wissenschaftlicher Arbeiten ophthalmologischen Inhalts veröffentlicht, so über die Geschichte des grauen Stars, die Sprache der Augen, die Blindheit und ihre Verhütung. Er hat ferner einen ophthalmoskopischen Atlas, sowie einen Leitfaden für Begutachtung von Unfallsbeschädigungen der Augen herausgegeben. An der Breslauer Universität hat er fast 35 Jahre gewirkt, anfangs als Privatdozent, dann als Professor.

Von Universitäten und med. Instituten.

— Der im Auslande verstorbene Millionär Ledenzow hat der Moskauer Universität eine Million Rubel vermacht.

— Die fortwährenden Unordnungen und Ruhestörungen seitens der Studenten der militär-medizinischen Akademie haben schliesslich dazu geführt, dass die Akademie auf Verfügung des Kriegsministers am 6. April zeitweilig geschlossen wurde. Am nächsten Tage musste auch das Studenten-Speisehaus geschlossen werden, da die Studenten trotz des Verbots ein Meeting veranstalteten, auf welchem sie folgende Forderungen aufstellten: Wiederaufnahme aller ausgeschlossenen Studenten; Entfernung der Mitglieder des Verbandes des russischen Volkes aus der Zahl der Studierenden; Legalisierung des Seniorenkongresses, Entfernung der Stabsoffiziere Shademirowski und Klembowski. Bis zur Befriedigung dieser Forderungen wurde der Boykott verhängt

— Aus der militär-medizinischen Akademie sind am 1. April 39 Studenten auf Befehl des Kriegsministers ausgeschlossen worden, einige auf 1 Jahr, andere auf immer und die dritten dürfen überhaupt in keine höhere Lehranstalt mehr aufgenommen werden. Als Grund wird in dem offiziellen Schreiben angegeben: Agitation für den Boykott der zum russischen Volksverbande gehörigen Studenten, tätliche Misshandlung dieser, Zugehörigkeit zu einer verbotenen Vereinigung, Verweigerung von Aussagen dem die Untersuchung führenden General gegenüber, ungebührliches Benehmen dem Chef der Akademie gegenüber und Störung des Lehrganges.

— Der Direktor der medizinischen Poliklinik an der Universität Halle, Prof extraord. Dr. E. Nebelthau, hat aus Gesundheitsrücksichten seine Lehrtätigkeit aufgegeben. Zu seinem Nachfolger ist Prof. Dr. Adolph Schmidt, ehemaliger Dozent an der Universität Bonn und gegenwärtig Oberarzt des Krankenhauses Friedrichstadt in Dresden berufen worden.

Standesangelegenheiten.

— Verurteilung eines Arztes. Vor Kurzem gelangte in Simferopol der Prozess gegen den Jaltaer Arzt W. Ssaltykowski zur Verhandlung, welcher angeklagt war, im Jahre 1905 auf den Meetings in Jalta zur Berufung einer konstituierenden Versammlung, zum bewaffneten Aufstande und zur Errichtung einer Volksmiliz in Jalta aufgefordert zu haben. Dr. Ssaltykowski wurde zu einem Jahr Festungshaft verurteilt.

— Im Medizinalrat ist eine Kommission gebildet worden, um das Projekt, betreffend die Reorganisation der Verwaltung des Sanitätswesens im Reiche, zu prüfen. Nach diesem Projekt soll die Organisation des Sanitätswesens den kommunalen Selbstverwaltungen überlassen werden.

— An der Spitze des Unterrichtsministeriums in Spanien steht gegenwärtig ein Arzt — Dr. Cabanas.

— Wie aus Konstantinopel gemeldet wird, ist Prof. v. Behring (Marburg) am 2./15. April dort eingetroffen, wo er auf Wunsch des Sultans sämmtliche Hospitäler und Medizinschulen und speziell das von Dayke Pascha geleitete Laboratorium für Herstellung des Lepraserums besichtigt hat. Der Sultan hat ihm den Medschidje-Orden I. Klasse verliehen.

— Eine eigenartige Ehrung ist den Londoner Aerzten Sir Frederick Trewes und Sir Francis Lacking, die den König Eduard von England während seiner Krankheit i. J. 1902 behandelt haben, zuteil geworden. Der König hat ihnen nämlich gestattet einen der Löwen des königlichen Wappens in ihr eigenes Wappen aufzunehmen. Der «Berl. Klin. Wochenschrift» zufolge, geht diese Form königlicher Anerkennung auf Karl II. zurück, der für seine Lebensrettung in der Schlacht bei Worcester in ähnlicher Weise Teile seines Wappens verlieh. Einem ärztlichen Lebensretter aber ist ein solcher Gnadenbeweis wohl noch nie erwiesen worden!

Vereins- und Kongressnachrichten.

— Die Tagesordnung des X. Pirogow-Kongresses russischer Aerzte, welcher, wie wir bereits in Nr. 10 mitteilten, vom 25. April bis zum 2. Mai in Moskau tagen wird, ist folgende: Am 24. April Abends 8 Uhr findet die Begrüssung der eingetroffenen Mitglieder im neuen Universitätsgebäude statt. Am 25. April erfolgt dann die Eröffnung des Kongresses um 1 Uhr mittags. Für die allgemeinen Sitzungen sind der 25. April und 2. Mai bestimmt. Die Sektionssitzungen werden in den Auditorien der neuen Universität abgehalten, wo auch das Bureau des Kongresses vom 23. April an seinen Sitz haben wird. Zur Nachweisung von Logis und zur Erteilung von Auskünften werden am 23., 24. und 25. April Abteilungen des Bureaus auf allen Moskauschen Eisenbahnstationen sich befinden.

— Am 2./15. April wurde der Kongress für innere Medizin in Wiesbaden eröffnet, welcher dieses Mal auch sein 25-jähriges Jubiläum beging. Die Jubelfeier des Kongresses war zugleich eine Jubelfeier ihres Begründers Prof. v. Leyden, der am 7./20. April seinen 75. Geburtstag feierte und mit gewohnter Frische auch diesmal die Verhandlungen leitete. In seiner Eröffnungsrede gab Prof. v. Leyden einen Rückblick über die zurückliegenden 25 Jahre und teilte darauf mit, dass 25 hervorragende Gelehrte zu Ehrenmitgliedern des Kongresses ernannt worden sind, darunter Robert Koch, v. Behring, Naunyn, Ehrlich (Frankfurt a. M.), Recklinghausen (Strassburg), Curschmann (Leipzig), Erb (Heidelberg).

Verschiedene Mitteilungen.

— Die in Odessa lebende Frau A. S. Pankejewa hat 100,000 Rbl. zur Einrichtung einer Heilanstalt und Ambulanz für Nervenkranke in Odessa gespendet.

— Die Cerebrospinalmeningitis gewinnt von Woche zu Woche eine grössere Ausdehnung und breitet sich jetzt, wie aus den telegraphischen Berichten der letzten Zeit ersichtlich, fast über alle Weltteile aus. Im russischen Reiche wurde das epidemische Auftreten der Genickstarre aus Kachetien (wo im Laufe von 2 Monaten 112 Personen erkrankt und 47 gestorben sind), aus verschiedenen Gegenden Sibiriens, aus Finland, aus Lodz, Warschau und anderen Ortschaften gemeldet. In Preussen, wo die Erkrankungen und Sterbefälle sorgfältig registriert werden, sind in den ersten 3 Monaten dieses Jahres 617 Erkrankungen an der Genickstarre vorgekommen. Grossbritanien, welches früher von grösseren Epidemien dieser tückischen Krankheit verschont gewesen ist, wird jetzt von einer schweren Epidemie in Schottland und Irland mit ca. 50 pCt. Mortalität heimgesucht. In Belfast (Irland) sind Versuche mit dem von Prof. Kolle (Bern) gemeinsam mit Prof. Wassermann (Berlin) hergestellten Serum gemacht worden, doch sind bisher zuverlässige Angaben über den Erfolg noch nicht bekannt geworden. Bei der grossen Genickstarreepidemie in New-York hat die Lumbalpunktion in manchen Fällen eine segensreiche Wirkung gehabt, in anderen dagegen völlig versagt. Neuerdings hat Prof. Osler als beste Behandlung der Genickstarre die Einwirkung von Kälte auf Kopf und Rückenmark, sowie Schröpfköpfe im Nacken empfohlen — also doch ziemlich altmodische Mittel. Die grösste Hoffnung kann man wohl noch auf die Erfolge des neuen Serums, welches jetzt bei den Epidemien in Irland und Schottland angewandt wird, setzen. Bf.

✦ Nächste Sitzung des Vereins St. Petersb. Aerzte: Dienstag, d. 17. April 1907.

Tagesordnung:

1. Lange: Fall von Thorakoplastik (Krankenvorstellung).
2. Heuking: Beiträge zur retrobulbären Chirurgie (mit Krankenvorstellung).
3. Grison (Gast): Demonstration elektrischer Apparate.

✦ Nächste Sitzung des Deutschen ärztlichen Vereins: Montag, d. 7. Mai 1907.

Tagesordnung:

1. Ucke: Spirochaetenbefunde bei pathologischen Prozessen.
2. Wladimiroff: Bemerkungen über Lyssa.



Das erste Moorbad der Welt

FRANZENSBAD

besitzt die stärksten Stahlquellen, leichtverdauliche Eisensäuerlinge, alkalische Glaubersalzwässer, Lithionsäuerlinge.
Natürliche kohlensäurereichste Stahl, Mineral, Sool- und Strombäder, heilkräftige Moorbäder, Dampf-, Heissluft-, elektrische Wannen- und Lichtbäder, mediko-mechanisches Institut, Inhalatorium.

Oesterreichs hervorragendstes Herzheilbad.

Bewährt bei: Blutarmut, Bleichsucht, Rheumatismus, Gicht, Nervenkrankheiten, Frauenkrankheiten, Herzkrankheiten.

Saison Mai bis September. *Prospekte gratis.*
(26) 12—2

BAD KUDOWA

Reg.-Bez. Breslau.
Bahnst. Kudowa oder Nachod.
400 m über dem Meeresspiegel.

Saison: Vom 1. Mai bis Oktober.

Arsen-Eisenquelle: Gegen Herz-, Blut-, Nerven- und Frauenkrankheiten.
Lithionquelle: Gegen Gicht, Nieren- und Blasenleiden.
Natürliche Kohlensäure- und Moorbäder.
Neuerbaut: Comf. Kurhotel, Theater- und Konzertsäle, Anstalt für Hydro-, Elektro- und Lichttherapie, Medicomechanisches Institut.

Brunnenversand das ganze Jahr.

Prospekte gratis durch die Büros **Rudolf Mosse, Reisebüros** und

Die Bade-Direktion.

Producte aus dem natürlichen dem Wasser entzogenen Salze



(56) 18—18.

Die Quellen gehören der Französischen Regierung.

PASTILLES VICHY-ÉTAT 2 oder 3 Bonbons nach dem Essen fördern die Verdauung.
COMPRIMÉS VICHY-ÉTAT zur Selbst-Bereitung des alkalisch moussirenden Wassers.

Kur- und Seebadeort PERNAU.

Gesunde Lage. Temperatur des Seewassers 15—16° R. Kursaison 20. Mai bis 20. August. In der Kurbadeanstalt warme **Schlamm-, Moor-, Salz, Elektrische-, kohlensaure** (Nauheimer) und andere Heilbäder, wirksam bei Herz- und Nervenleiden, Rheumatismus, Lähmungen, Skrofulose, Bleichsucht, Rhachitis. **Frauenleiden** und anderen Krankheiten. **Elektrisches Lichtbad, Luft-** und **Sonnenbäder. Hydrotherapeutische und orthopädische Abteilung. Massage.** Mineralwässer (natürliche und künstliche) sind am Orte zu haben. **Täglich Kurmusik. Keine Kurtaxe.** Nähere **Auskünfte** und Prospekte, auch Quartiervermittelung **gratis** durch die **Badekommission.** Adresse: Badekommission. Pernau. (14) 6—5.

Dr. Brehmer's Pension einschliessliche ärztliche Behandlung Hauptabteilg. **M. 6.50,** Zweigabteilg. **M. 4.25.**

Heilanstalten für Lungenkranke

Chefarzt Dr. v. Hahn. **Görbersdorf** Bahnstation Friedland Bez. Breslau.

SCHLAMM- und SEEBAD

HAPSAL

in Estland. Direkte Eisenbahn- und Dampferverbindung.

Saison vom 20. Mai bis 1. Sept.

Hervorragender Bade- und Luftkurort bei mittlerer Sommertemperatur von 17,9° C. Schlammbäder, Fichtennadel-, Salz-, Alkali-, Eisen- und kohlensaure Bäder. Kaltes Seebad, vorzüglich zur Nachkur; mittlere Meerestemperatur 17,6° R. Orthopädische Anstalt, Massage, Lichtbäder. Grosse Tannen und Fichtenwälder in unmittelbarer Nähe des Kurorts. Mit bestem Erfolge werden geheilt: Alle Formen von Rheumatismus, Gicht, chronische Frauenleiden, Skrophulose, Hautkrankheiten, chronische Knochen- und Gelenkerkrankungen. Ausserordentlich geeignet für alle Erholungsbedürftige und Kinder Musik, Konzerte, Tanzabende, Segel- und Rudersport. Broschüre und Wohnungsauskunft durch die

(20) 5—2. **Bade-Kommission.**

Das Krankenutensilienlager des St. Petersburger Samariter-Vereins.

Maximilianowsky Pereulok, 11.

verleiht auf Empfehlung eines Arztes oder eines Mitgliedes des Vereins **alle zur Krankenpflege notwendigen Gegenstände wie: Rollstühle,** Wassermatratzen, Tragbahren, Krücken, Wannen, Eisbeutel, Irrigatore etc.

Das Lager ist täglich v. 10 bis 5 Uhr (an Sonntagen v. 12 bis 2) geöffnet.
Die Verwalterin ist Dienstags und Freitags v. 2—3 Uhr daselbst zu sprechen.

Adressen von Krankenpflegerinnen:

Frl. **Pauline Winkel,** Конногвардейскій переулокъ 4, кв. 2.

Herausgeber Dr. Rudolf Wanach. Buchdruckerei v. A. Wienecke Katharinenhofer Pr. № 15.

XXXII. JAHRGANG. ST. PETERSBURGER Neue Folge XXIV. Jahrg.

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Redaktion von

Prof. Dr. Karl Dehio. Dorpat.
Dr. Johannes Krannhals. Riga.
Dr. Rudolf Wanach. St. Petersburg.

Die „St. Petersburger Medizinische Wochenschrift" erscheint jeden Sonnabend.—Der Abonnementspreis ist in Russland 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr inkl. Postzustellung; in den anderen Ländern 20 Mark jährlich, 10 Mark halbjährlich. Der Insertionspreis für die 3mal gespaltene Zeile in Petit ist 20 Kop. oder 45 Pfen.—Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt. – Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.

Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate bittet man ausschliesslich an die Buchhandlung von K. L. Ricker in St. Petersburg, Newsky-Prospekt № 14, zu richten. — Manuskripte sowie alle auf die Redaktion bezüglichen Mitteilungen bittet man an den geschäftsführenden Redakteur Dr. R. Wanach in St. Petersburg, Petersb. Seite, Alexandrowski Pr. 6 zu richten. Sprechst. Dienstag, Donnerstag und Sonnabend 5—6.

№ 16 St. Petersburg, den 21. April (4. Mai). 1907.

Ueber Novozon-Sauerstoffpraeparate, ihre Anwendung und Wirkung.

Von

Dr. Köcher.

Soweit bekannt war es der Chemiker Dr. Oppermann, der als erster mit der Idee hervortrat Sauerstoff an feste Körper soweit haltbar zu binden, dass er für beliebig spätere Verwendung aufbewahrt werden könne. Er vermochte indess nicht sein Verfahren zu praktisch verwertbaren Resultaten zu führen, wonach ein früherer Assistent von Lahman, Dr. Friedrich Hinz in Berlin, diesbezügliche Versuche fortsetzte, vor nunmehr etwa 6 Jahren mit der Zusammensetzung des Novozon zu Stande kam und dasselbe dann unter dem Schutze deutschen Reichspatents in den Handel brachte.

Das Novozon entspricht der Zusammensetzung MgO_2 und stellt ein weisses, geruch- und geschmackloses, mikrokrystalinisches Pulver von 22—25 Prozent Sauerstoffgehalt dar, unlöslich in Wasser, leicht löslich aber im Magensaft.

Die eingehendsten Prüfungen des Novozons hat wohl Dr. S. Möller in Dresden in seinem Sanatorium (zu Loschwitz) angestellt. Die Resultate desselben sind in seiner Schrift: Ueber die Wirkungsweise des Sauerstoffheilverfahrens (Dresden 1904, 2. Auflage. Druck von Oskar Siegel, Dresden A.) zusammengefasst, in welcher er sagt: „Wenn ich das Sauerstoffverfahren auch keineswegs als Allheilmittel gelten lassen kann, so erzielt es doch bei grosser Einfachheit in sehr vielen Krankheitszuständen grosse, ja manchmal überraschende Resultate, so dass ich dasselbe nach gründlicher praktischer Erprobung nicht mehr unter den mir zur Verfügung stehenden Heilmethoden missen möchte".

Die Möller'schen Angaben über die Wirkungsweise des Novozons sind im wesentlichen folgende.

Verrührt in einer Flüssigkeit genommen (Wasser, Milch, Limonade, Bouillon etc.) wird durch die Einwirkung der Säuren des Magens und Darms ein Teil des Sauerstoffs aus dem MgO_2 abgespalten und geht über den Weg des Wasserstoffsuperoxyds in aktiven Sauerstoff (Ozon) über. Durch die desinfizierende Kraft des H_2O_2 werden die abnormen Gährungsvorgänge im Magen und Darm beseitigt, die Produkte der Gährung oxydiert, sowie die Zellen der Schleimhäute der Verdauungsorgane und die Darmmuskulatur zu kräftigerer Tätigkeit angeregt. Der bei diesen Prozessen nicht zur Verwendung gekommene Sauerstoff diffundiert durch die Darmwand und kann in der Blutbahn dort, wo leicht oxydierbare Stoffe sich vorfinden, das zu steter Trennung bereite Sauerstoffatom abgeben, welches gierig neue Verbindungen sucht. Oxydierbare Stoffe sind aber im Blute Kranker stets vorhanden, wie Harnsäure und deren Salze, Milch- und Buttersäure, Oxalsäure und aus dem Darm überkommene Fäulnissprodukte. Auf diese stürzt sich das freiwerdende Sauerstoffatom und führt sie in solche Endprodukte über, die einer völligen Lösung und Ausscheidung fähig sind. — Das wäre das Schema der Wirkungsweise des Novozon nach Möller!

Ich meine nun aber, dass damit die Wirkung des Sauerstoffs auf den Organismus noch nicht erschöpft ist, sondern, dass das infolge dieser Vorgänge nunmehr sauerstoffreiche Blut wiederum die Gewebszellen besser

ernährt, dadurch die vitale Energie der Zelle hebt und die intrazelluläre Gewebsatmung kräftigt, worin dann wohl auch der wesentlichste Einfluss der Sauerstoffeinfuhr über Magen und Darm zu suchen sein dürfte.

Die tatsächliche Steigerung des gesunkenen Stoffwechsels durch Novozongebrauch ersieht man nun aber nicht nur aus den subjektiven Angaben der Kranken, welche wohl ausnahmslos erhöhtes Wohlgefühl, vermehrte Spannkraft und bedeutende Zunahme des Appetits hervorheben, sondern aus nachstehend geschilderten, stärker ins Gewicht fallenden objektiven Ercheinungen.

Infolge Novozongebrauchs beginnt stets eine erhöhte Tätigkeit der Ausscheidungsorgane, besonders der Nieren. Die Menge der Harnausscheidung nimmt erheblich zu, der Urin ist intensiver gefärbt und bedeutend schwerer, etwa so schwer wie im Fieber, weil er viel mehr gelöste Bestandteile enthält, wie zuvor. Trotz des Gehalts der Novozonpräparate an alkalischer Magnesia nimmt der Säuregrad des Urins zu und seine saure Reaktion dauert nicht nur Tage und Wochen, sondern in schweren Fällen, z. B. von Neurasthenie oder Diabetes, in welchen es sich um ausgesprochene Säureintoxikation handelt, sogar Monate und erst mit völliger Ausscheidung der Blutsäuren kommt die alkalische Reaktion der Magnesia zur Geltung. Zeitweise erscheint der Urin leicht getrübt und giebt, stehen gelassen, in 24 bis 36 Stunden einen grau-weissen Bodensatz von 2—3 Millimeter Dicke. Erwärmt oder kocht man diesen unter Zusatz von 1—2 Tropfen Salpetersäure, dann braust er energisch auf, was auf reichliche Kohlensäureentwicklung hinweist und durch die chemische Untersuchung bestätigt wird, die Vorhandensein grosser Mengen kohlensaurer Magnesia ergiebt, wobei der früher sauere Urin dann auch alkalisch oder neutral reagiert. Setzt man zu zuckerhaltigem Urin von beliebiger Konzentration im Reagenzglase genügend Novozon zu und kocht ihn dann, so oxydiert der Zucker so vollständig, dass weiter keine Spur von ihm nachweisbar[1]). Dies würde die Voraussetzung rechtfertigen, dass die durch Novozon bedingte stärkere Kohlensäurebildung im Blute auch stärkere Verbrennung der Kohlenhydrate und dadurch Abnahme des Zuckers im Harne bedingt.

Nächst der erhöhten Nierentätigkeit treten sodann verstärkte Darmausscheidungen bei Novozongebrauch in den Vordergrund. Es kommt zwar auch vor, dass Novozon selbst in den ersten Tagen seines Gebrauchs in mässigen Dosen, die Darmtätigkeit nicht besonders erhöht, ist aber doch Regel, dass schon kleinere Dosen anfangs gleich reichlichere Darmausscheidungen bewirken, besonders bei empfindlicheren Naturen. Im Mittleren erfolgen 2—3, seltener schon 4 weiche, breiige Darmentleerungen am Tage, während einer bisweilen eintretenden Diarrhoe durch Verringerung der genommenen Dose gesteuert werden muss, bis der Organismus sich an die Sauerstoffeinfuhr gewöhnt hat und erst dann darf zur allmäligen Steigerung der Dosen übergegangen werden. Erfahrungsgemäss wissen wir heute bereits, dass gerade die Fälle zu reichlicheren Darmausscheidungen neigen, in welchen zufolge gesunkenen Stoffwechsels grössere Mengen von Harnsäure und anderen Abfallstoffen im Organismus zurückgehalten, oder durch Versäuerung des Blutes seine Alkaleszenz erheblich herabgesetzt wurde. In Fällen, in denen die Harnanalyse den Z e r n e r'schen Koeffizienten statt mit 48 : 100 auf 75 bis 83 und 85 : 100 normiert, bei Kranken, wo die Alkaleszenz des Blutes von 50 : 100 auf 30 : 100 und niedriger gesunken, oder wo der Z ü l z e r'sche Koeffizient bedeutend erhöht ist — in fast allen solchen Fällen erfolgen dann auch bei Novozongebrauch stark vermehrte Darmausscheidungen. Entsprechend denselben tritt dann bei einigen Kranken ein gewisses Müdigkeitsgefühl in den Gliedern ein, was, nach H i n z, seinen Grund darin hat, dass bei der durch Sauerstoffabspaltung erhöhten Oxydation ein stärkerer Blutzufluss zu den Organen der verlangsamten Blutbewegung und Bluterneuerung — nach Leber, Milz und Därmen — erfolgt, wobei dann der Kopf, die Extremitäten und die Körperoberfläche entsprechend blutleerer wird, was, besonders bei Blutarmen, zeitweise ein gewisses Müdigkeits- beziehungsweise vermindertes Wärmegefühl hervorruft. — Die Periode dieser Erscheinungen dauert indes nicht lange; es folgt ihr bald gleichmässigere Blutverteilung mit Neubelebung der Spannkraft in Muskeln und Nerven. Meist geschieht das im Verlauf von 1—2 Wochen und danach werden dann auch erheblich grössere Dosen Novozon gut vertragen.

Nicht ganz selten kann man ferner beobachten, dass der Organismus weniger den Darm, als die Haut zur Ausscheidung der in ihm angesammelten Toxine benutzt. In solchen Fällen bleiben dann die Ausscheidungen durch den Darm beschränkt, während meist nachts in der Bettwärme Schweisse eintreten, die von den Kranken aber nicht schwächend, sondern wohltuend empfunden werden. Ebenso treten auch die Schleimhäute der Nase, des Rachens und der Luftröhre öfter durch stärkere Sekretion in Aktion, was wiederholt in Fällen von Dyssämie beobachtet wurde.

Nach allen diesen Erscheinungen darf man wohl die Erhöhung des Stoffwechsels durch Novozongebrauch als Tatsache bezeichnen umsomehr als durch die Harnanalysen die verstärkte Ausscheidung von Harnsäure und anderen Toxinen nachgewiesen werden kann[2])! Eine grosse Reihe von Aerzten in Deutschland, welche das Novozon bei Stoffwechselstörungen in Anwendung zogen, bestätigen das ebenfalls und mehrere hundert Fälle, welche ich seit einem Zeitraume von fünfviertel Jahren beobachtete, liessen ebensowenig an der Hebung des Stoffwechsels durch Novozon zweifeln. Die Steigerung des Wohlgefühls und der Spannkraft konnte ich bei den meisten, bei vielen aber auch noch Zunahme des Körpergewichts konstatieren, abgesehen von weiteren heilsamen Einwirkungen, deren ich sogleich erwähne.

Von zahlreichen Beobachtern wurden im Verlaufe der Behandlung mit Novozon verschiedene Erscheinungen wahrgenommen, welche ebenfalls auf erhöhte Stoffwechselwirkung zurückgeführt werden müssen. Ich will hier nur einige hervorheben wie das baldige Schwinden von Kopfschmerzen bei Neurasthenikern, das Zurückgehen und endliche Schwinden schwerer Migräneanfälle und ebenso, wenn auch seltener beobachtet, von epileptischen Anfällen. Bei Diabetikern tritt unter baldigem Schwund des Hautjuckens, Hungers und Durstes erhebliche Besserung des Allgemeinbefindens ein, während die Glycosurie, selbst in bereits länger dauernden Fällen, sich meist successive verringert und zwar ohne Einhaltung strenger Diät. Vorliegende Harnanalysen lassen darüber keinen Zweifel. M ö l l e r giebt an, dass in leichteren, erst kürzlich bestehenden Fällen von Diabetes Heilung erfolge.

Vergegenwärtigt man sich nun die Anschauung E b s t e i n s, nach welcher der Diabetes die Folge einer durch mangelhafte Beschaffenheit des Protoplasmas bedingten Störung der Gewebsatmung ist, welche die Glycosurie sowohl, wie den gesteigerten Eiweisszerfall bedingt, so ist nach vorstehenden Ausführungen eine heil-

[1]) H i n z'sche P r o b e.

[2]) Beliebig häufige quantitative Bestimmung der Harnsäure im Urin mit dem Dr. J. R u h e m a n n'schen Uricometer in 5—7 Minuten.

same Einwirkung von Magnesiumsuperoxyd auf Diabetiker durchaus verständlich, weil das Plus des über Magen und Darm in den Organismus eingeführten Sauerstoffs die intrazelluräre Atmung erhöht und die verstärkte Oxydation eine vollständigere Verbrennung von Kohlenhydraten und Abfallstoffen ermöglicht, in deren Folge dann die Glykosurie abnimmt.

Oxydationsvorgänge auf Kosten des Luftsauerstoffes allein, sind nach Ostwald[3]) nur unter Mitwirkung von Enzymen (Katalysatoren) möglich, ohne solche aber unmöglich, woher die Wirkung des über Magen und Darm eingeführten Sauerstoffs um so verständlicher. Dass wir in energischer Oxydation den Schutz gegen Autointoxikation zu sehen haben, wissen wir, ebenso dass die stickstoffhaltigen Stoffwechselprodukte sich verhältnissmässig leicht oxydieren und dann als Produkte regressiver Metamorphose in Verbindungen von hoher Löslichkeit und Diffusionsfähigkeit übergehen. Durch die Arbeiten von Prof Poehl von 1899 bis 1903*) wissen wir ferner, dass gegenüber den früheren Anschauungen durch die Oxydationsprozesse nicht nur erhöhte, in Calorien zu messende Wärme, sondern auch noch eine kinetische Kraft erzeugt wird, die als osmotischer Druck nachweisbar und durch Atmosphärendruck zu messen ist. Unter Berücksichtigung dieser Momente ist umsomehr verständlich, dass Novozon verstärkte Ausscheidung der Toxine durch den Harn bewirkt und kommen die interessanten Untersuchungen von His und Paul, über die Beziehungen der Löslichkeit von Harnsänre zu den physikalisch-chemischen Eigenschaften der Lösungen, auf welche Hermann Strauss im Archiv für physikalische und diätische Therapie von Leyden, Goldscheider und Brieger (April und Mai 1906) in seinem Aufsatz über Kryoskopie und Jonenlehre hinweist, unserem Verständnis dabei zu Hilfe. Ist es doch gerade die Harnsäure, welche nach den Forschungen der letzten Zeit immer häufiger als Krankheitserreger erkannt wird. Als indifferenter Substanz erkannte man ihr früher gewöhnlich keine toxischen Eigenschaften zu. Heute ist diese Anschauung bereits verlassen und die Lehre von der Autointoxikation durch Retention indifferenter Substanzen wird bereits von vielen hervorragenden Autoren propagiert, wie von Leyden, L. Popoff, Gautier, Haig, Bouchard, Senator, Brunton und anderen. Die Haigsche Theorie von der durch Harnsäure erzeugten Collämie, die eine Menge uns bisher dunkler Krankheitserscheinungen einwandfrei erklärt, ist ja doch auch nicht mehr gewagt wie vieles andere in der Medizin und führt am letzten Ende auf die Viscosität des Blutes zurück, deren Bedeutung für den Kreislauf die Pathologie ebenfalls erst im letzten Jahrzehnte zu würdigen begonnen. (Rosenstein, Hirsch). Die Ansicht Haigs von der physiologischen Aequivalenz der Harnsäure und der Alloxurbasen wird zudem durch die Ergebnisse der Arbeiten E. Fischers über die Purinderivate gestützt, (Sitzungsberichte der kgl. preuss. Akademie der Wissenschaften. Berlin, Januar 1897) wie Birch-Benner richtig hervorhebt.

Ob man aber die durch Harnsäureansammlung im Organismus bewirkten Zirkulationsstörungen durch erhöhte Viscosität, Collämie oder sonst wie erklärt, ist in praxi insofern irrelevant, als die Folgen dieser Störungen dieselben bleiben, nämlich Stauungen und Druckerscheinungen. Kann ich diese durch verstärkte Harnsäureausfuhr beseitigen, den hohen Blutdruck herabmindern, dadurch Anfälle von Migräne und Epilepsie verhindern, Kopfschmerzen, Schlaflosigkeit, Herzbeschwerden, Mattigkeit etc. aufheben, dann bleibt es für den Kranken gleichgültig wie die Ursache seines Leidens benannt wurde.

Erinnern wir uns nun noch, dass durch die Arbeiten von Schönbein und His, A. Schmidt, Kühne und Scholz schon lange bekannt ist, dass das Blut tatsächlich aktiven Sauerstoff enthält und ferner, dass wir durch Wöhler und Liebig wissen, wie die Einwirkung von Oxydationsmitteln auf Harnsäure Spaltungsprodukte ergiebt wie Allantoin, Alloxan, Oxalsäure und Harnstoff, so sind damit die Vorbedingungen für die Wirkung von Novozon (Magnesiumsuperoxyd) gegeben, welche von den Erfolgen des Mittels bestätigt werden. Nachdem solche in grosser Zahl vorliegen, kann man sie doch nicht ignorieren, sondern ist auf Grund aller vorstehenden Erwägungen immerhin berechtigt das Novozon als ein Mittel zu betrachten, welches in allen Stoffwechselstörungen eine willkommene Bereicherung unseres Arzneischatzes darstellt. Weitere klinische Beobachtungen, wie sie von geschätzter Seite auch bei uns bereits unternommen wurden, werden wohl annähernd dieselben Resultate ergeben. Experimentelle Untersuchungen über die Wirkungsweise des Novozon auf Magen, Darm und Blut sind hier zwar ebenfalls schon im Gange, aber noch nicht abgeschlossen. In wie weit es gelingen wird die verstärkte Harnsäureausfuhr und den Grad der Leukozytose unter Novozoneinwirkung präzise zu bewerten, lässt sich schwer voraussehen, da die Bestimmung der täglich im Organismus produzierten, nicht mit der Nahrung eingeführten Harnsäure und ihr Verhältnis zum Harnstoff manche Schwierigkeiten bietet und Fehler ergeben kann, die neue Prüfung erheischen.

Novozonpräparate giebt es nun eine ganze Reihe und zwar: Novozonpurum, N-Nährsalz, N-Malzextrakt, N-Milchzucker, N-brausendes, N-Eiweiss, N-Pepsin, N-Kakao und N-Schokolade, letztere zwei Präparate vornehmlich für Kinder, oder für sehr sensible Naturen bei Beginn des Novozongebrauchs. Weiter giebt es noch für äusserliche Anwendung Novozon-Salbe, N-Lanolin und N-Streupulver. Alle diese Präparate sind hier im Depot der Berliner Fabrik bei A. Eberhard, Demidow-Pereulok Nr. 2 zu haben. Ein Konkurrenzpräparat giebt es hier auch schon und zwar das Hopogan welches indes nach Biehlscher Analyse nicht 22—25 Prozent Sauerstoff wie das Novozon, sondern 16—18 Prozent enthält, dabei aber vier bis fünfmal teuerer ist als Novozon.

Ueber die Details der Anwendung des Novozons habe ich ausser in den verschiedenen Schriften des Erfinders keine Angaben gefunden und muss sagen, dass es anfangs nicht leicht ist gleich das passendste Präparat und die zweckentsprechende Dose für den einzelnen Kranken herauszufinden. Im Allgemeinen wird das Novozon in Dosen von $^1/_4$ bis zu 1 ganzen, glattgestrichenen Theelöffel, meist 3 Mal im Tage, unter Umständen auch noch öfter, immer in einer Flüssigkeit verrührt gegeben, wobei die Flüssigkeitsmenge mit der Dose von $^1/_4$ bis 1 ganzen Glase steigt. Genommen wird das Mittel immer nach einer Mahlzeit, nicht auf leeren Magen, um eine schnellere Vermischung mit dem Speisebrei zu erzielen und unerwünschte Nebenerscheinungen wie Darmrollen (Kollern) etc. zu beschränken oder zu vermeiden. Aber selbst $^1/_4$ Theelöffel kann für den Anfang bei empfindlichen Naturen eine zu grosse Einzeldose sein. In

[3]) Ueber Katalyse. Vortrag auf der 73. Naturforscherversammlung in Hamburg, 1901.

* a) Compte rendu de l'Académie des Sciences de Paris. 24. April 1899.

b) Die Anwendung von physiologischen Katalysatoren als Arzneimittel. Journal f. med. Chemie und Organotherapie. Januar 1904.

2 Fällen trat so grosse Aufregung nach dieser Dose ein, dass sie auf eine kleine Messerspitze verringert werden musste, woher man gut tut in solchen Fällen mit sehr kleinen Dosen zu beginnen und sie langsam, nach etwa je 5—7 Tagen zu steigern, oder zuvor Novozon-Kakao oder Schokolade nehmen zu lassen, um den Organismus ganz allmälig an die Sauerstoffeinfuhr zu gewöhnen. Obgleich solche Fälle selten vorkommen, verfehle ich nicht darauf hinzuweisen.

Bei äusserlichem Gebrauch haben sich die Novozonsalben ebenfalls gut bewährt. Schlecht eiternde, übelriechende Wunden reinigten sich unter ihrer Anwendung schnell und verheilten sehr bald, ebenso alte Ulcera cruris. Besonders effektvoll war aber das Resultat ihrer Anwendung in einigen veralteten Fällen von Hautkrankheiten die auf Stoffwechselstörungen beruhten. So heilte ein Fall von über 20 Jahren bestehender starker Psoriasis, gegen welche der Kranke überall vergeblich Hilfe gesucht, bei gleichzeitiger innerer und äusserer Anwendung von Novozon in etwa 2 Monaten. Der Mann ist Verwalter eines grossen Hotels hierselbst und wagt selber kaum daran zu glauben, dass er seiner schweren Plage nun ledig ist.

Ueber den Gebrauch des Novozon wäre noch mancherlei zu sagen, doch würde das heute zu weit führen.

Es wäre erfreulich wenn vorstehende Ausführungen dazu beitragen würden Interesse für das Sauerstoffheilverfahren zu wecken, weil dasselbe nach den bisherigen Erfahrungen zweifellos wirksam bei vielen Stoffwechselstörungen zu sein scheint und deshalb nicht ohne weiteres in die Reihe der unzähligen neuen Heilmittel und Methoden rangiert werden darf, die meist negative Resultate geben. Wünschenswert wäre vielmehr, dass Nachprüfung der bisher bekannten, in vorstehenden Zeilen skizzierten Resultate statt haben möge, damit das Magnesiumsuperoxyd nicht durch ablehnendes Verhalten kompetenter Kreise den Kurpfuschern als willkommene Beute in die Hände falle, wozu nach einem, der Redaktion dieses Blattes zur Disposition gestellten Briefe, bereits Aussicht vorhanden. Es würde sich damit bei uns derselbe Fehler wiederholen, welchen Dr. Lossen-Darmstadt bezüglich der physikalischen Heilmethode in seinem Aufsatz „Ueber die Wertschätzung der physikalischen Therapie in Deutschland“ im Archiv von Leyden, Goldscheider und Brieger (April- und Maiheft 1906) bitter beklagt, herbe rügt und seine schlimmen Folgen für den ärztlichen Stand darlegt. Leyden sagt in seinem bekannten Vortrag über die physikalische Therapie: „Es soll die physikalische Therapie nicht nur in den Kliniken betrieben, sie muss Gemeingut der praktischen Aerzte werden“. Demgegenüber hebt Lossen hervor, dass sehr viele Aerzte auf die sogenannten neueren Errungenschaften prinzipiell nichts geben, weil man früher auch ohne dieselben zurecht gekommen ist und nur Einzelne sie bisweilen als ultimum refugium anwenden. Dies habe dahin geführt, dass bereits im Jahre 1903 in Deutschland 514 ärztlich nicht approbierte Personen sich dieser Heilmethoden bemächtigt hatten und dem Gros der Aerzte gegenüber sich „Naturärzte“ nannten, zu denen das Publikum in erschreckender Menge hinströmt.

Aehnlichen Vorkommnissen durch grösseres Interesse für neue Mittel und Heilmethoden vorzubeugen, könnte doch nur im Interesse des ärztlichen Standes liegen.

Bücheranzeigen und Besprechungen.

A. Bumm: Physiologie und Technik der Massage. Stuttgart. Verlag von F. Enke. 1906.

Das vorliegende Büchlein (das vierte Heft der Zeitschrift «physikalische Therapie» in Einzeldarstellungen) bespricht nach kurzer Darlegung der physiologischen Wirkung der Massage die Indikationen und Kontraindikationen derselben. Nächst dem Bewegungsapparat (Knochen, Gelenke, Muskeln, Bänder) kommt der Verdauungsapparat am häufigsten in Betracht, alsdann Neuralgieen, Bewegungskrämpfe etc. Die gynaekologische Massage nimmt eine besondere Stellung ein. Die bekannten Gegenanzeigen werden genau besprochen. An einer Reihe von Abbildungen werden die Handgriffe an den einzelnen Körpergegenden anschaulich gemacht. Das Heft, das 52 Seiten umfasst, bringt in knappster Form die wichtigsten Grundgesetze der Massage in anschaulichster Weise.

Lingen.

S. Munter: Physikalische und diätetische Therapie der Zuckerharnruhr. Stuttgart. Verlag von F. Enke. 1906.

Das Büchlein (Heft Nr. 14) ist auch als «Einzeldarstellung der physikalischen Therapie» erschienen und bringt in zusammenfassender Weise das Wichtigste und Neueste über die Diätetik des Diabetes. Verf. unterscheidet nach von Noorden leichte, mittelschwere und schwere Fälle, die einer individuellen Behandlung bedürfen. Soweit der Umfang des Heftchens es erlaubt, gibt Verf. genaue Tabellen über den Gehalt der verschiedenen Nahrungsmittel an Eiweiss, Fett und Kohlehydraten, führt die bedingt und unbedingt erlaubten Speisen, Zutaten und Getränke an mit Angabe verschiedener Speisezettel. Als Ersatz von Saccharin wird neuerdings Krystallose, das 400 mal mehr süsst, als Zucker und das weniger harmlose Dulcin genannt. Im Folgenden werden anderweitige therapeutische Maassnahmen, wie Gymnastik, Massage, Bade- und Trinkkuren und zuletzt die Behandlung der Komplikationen besprochen.

Lingen.

J. Pagel. Rudolf Virchow. Leipzig, Verlag von Wilhelm Weicher.

In der von Dr. Julius Ziehen herausgegebene Sammlung von Lebensbeschreibungen zur Geschichte der wissenschaftlichen Forschung und Praxis unter dem Titel: «Männer der Wissenschaft» ist das 8. Heft Rudolf Virchow gewidmet. Aus der Feder unseres vortrefflichen Historiographen haben wir hier ein lebenswarmes Bild des Titanen der Medizin des 19. Jahrhunderts in seiner ganzen geistigen Entwicklung. Das kleine 54 Seiten starke Buch, kann wärmstens empfohlen werden.

Ucke.

Ehrmann, S. und Fick, Joh. Kompendium der speziellen Histopathologie der Haut. Ein Leitfaden für Aerzte und Studierende. Mit 55 Abbildungen im Texte. Wien, 1906. Alfred Hölder.

Anschliessend an die «Einführung in das mikroskopische Studium der normalen und kranken Haut» haben dieselben Verff. jetzt dem allgemeinen Teil den speziellen folgen lassen. Es ist dies ein sehr dankenswertes Unternehmen, da die Histopathologie der Haut in den Lehrbüchern der pathologischen Anatomie im höchsten Grade stiefmütterlich behandelt zu werden pflegt und man sich daraus meist überhaupt keine Aufklärung über pathologische Veränderungen in der Haut holen kann. Hier nun finden wir sämmtliche Hautkrankheiten in ihren geweblichen Veränderungen beschrieben und meist durch gute Abbildungen illustriert. Beschreibung und Abbildungen sind vorzugsweise nach eigenen Präparaten ausgeführt; nur die sehr seltenen Affektionen, von denen den Autoren kein Material zur Verfügung stand, sind auf Grund anderweitig in der Literatur vorhandenen Beschreibungen wiedergegeben.

Das Buch wird sich sicher viel Freunde erwerben.

Ucke.

F. Wesener: Medizinisch-klinische Diagnostik. Lehrbuch der Untersuchungsmethoden innerer Krankheiten für Studierende und Aerzte. Zweite Auflage. Berlin J. Springer 1907.

In der zweiten Auflage seines Lehrbuchs hat Wesener alle neuen Untersuchungsmethoden, die seit dem Erscheinen

der ersten Anflage hinzugekommen sind, aufgenommen. Das Kapitel der Röntgenuntersuchung ist von Dr. Sträter, Leiter des Aachener Zanderinstituts, bearbeitet. Ausserdem mussten natürlich eine Reihe von Kapiteln umgearbeitet werden und ist die Zahl der ausserordentlich instruktiven und schön ausgeführten, zum Teil farbigen Tafeln vermehrt. Die allgemeine Anordnung des Stoffes ist aber dieselbe geblieben und weicht von den üblichen Darstellungsweisen ab. Der ganze Inhalt ist in 3 getrennte Abschnitte gegliedert: im ersten werden die dem Arzte zur Krankheitsdiagnose zu Gebote stehenden Methoden der Untersuchung, ihre Technik und allgemeine physikalisch-diagnostische Bedeutung abgehandelt. Der zweite Abschnitt umfasst die spezielle Diagnostik, die alles irgendwie wissenswerte und praktisch bewährte enthält. Der dritte Abschnitt ist der angewandten Diagnostik gewidmet und fasst die differential-diagnostisch ausschlaggebenden Symptome der wichtigsten inneren Krankheiten, wie sie die gemäss dem zweiten Abschnitt ausgeführte Krankenuntersuchung ergiebt, zusammen. Verfasser hofft, dass diese Gliederung des Themas für die Einprägung und Beherrschung des Gegenstandes vorteilhaft und sowohl Studierenden wie Aerzten willkommen sein und sich als brauchbar bewähren wird. Wir sind überzeugt, dass der Verfasser sich nicht in seiner Hoffnung täuschen wird und dass Jeder, der über Einzelheiten der klinischen Diagnose Belehrung suchen will, sie in diesem Buch finden kann und ausserdem noch die Möglichkeit hat, dank den Literaturangaben sich spezieller zu orientieren. Dem Werk ist ein sehr sorgfältig ausgearbeitetes Register beigefügt. Die Ausstattung des Buches ist, wie wir das vom Springer'schen Verlag gewohnt sind, eine ausserordentlich reiche.

Weyert.

G. Schröder und F. Blumenfeld: Handbuch der Therapie der chronischen Lungenschwindsucht. Mit besonderer Berücksichtigung der Tuberkulose der oberen Luftwege. Mit 6 Abbildungen im Text und einer Tafel. Leipzig. Verlag von Johann Ambrosius Barth, 1904. 996 Seiten.

Bei dem steigenden Interesse und dem Aufschwung, welchen die Behandlung der chronischen Lungenschwindsucht immer mehr gewinnt, ist ein ausführliches Werk, welches ausschliesslich das genannte Gebiet behandelt, von besonderem Wert nicht nur für den Phthiseotherapeuten, sondern für jeden praktischen Arzt. Das oben genannte Handbuch bietet jedoch noch mehr, als es in seinem Titel verspricht. Denn nicht nur die Tuberkulose der Atmungsorgane, sondern auch des Herzens und der Gefässe, der Tractus intestinalis und der grossen Unterleibsorgane, der Geschlechtsorgane, des Nervensystems und der Sinnesorgane und die Tuberkulose der Knochen und Gelenke, kurz die Tuberkulose des Gesammtkörpers wird in den Rahmen des Werkes hineingezogen und iedes dieser Kapitel wird in ausführlicher Weise sorgfältig behandelt. Den grössten Raum des Werkes nimmt naturgemäss die Behandlung der tuberkulös erkrankten Lungen und der oberen Luftwege ein. Das Werk zerfällt in 3 Abteilungen nebst einem Anhang. In der I. Abteil. (S. 3—125) finden wir eine historische Uebersicht von Predöhl, die pathologische Anatomie von Tendeloo, die Aetiologie von Gottstein und Hueppe, die Diagnose von Brandenburg und die Prophylaxe von Martius abgehandelt.

Die 2. Abteil. (S. 125—509) enthält die eigentliche Lungentherapie. Die klinischen Formen und die hygien. diätet. Behandlung sind von Meissen, die Krankenhausbehandlung von Lazarus, die Behandlung in Heilstätten von Nahm, die Verbreitung und Behandlung der Schwindsucht in Gefängnissen von Baer verfasst. Die spezifische Therapie ist von Moeller abgehandelt, der auf Grund seiner eigenen Beobachtungen und der anderer ein Anhänger derselben ist, die Pharmakotherapie von Nolen und die chirurg. Behandlung von Kryger. In die Behandlung der einzelnen Symptome teilen sich mehrere Forscher; so bespricht Nägelsbach die Behandlung des Hustens, Weismayr die der Blutungen, Sangmann die des Fiebers und der Nachtschweisse und Wehmer die Linderungsmittel der Agonie. Die Klimatotherapie der Lungenschwindsucht ist von Schröder-Schömberg, die Balneotherapie von Thilenius, die Pneumato- und Inhalationstherapie von Lazarus und Aron und die Prognose von Rumpff geschildert.

In der 3. Abteil. (S. 509—917) ist die Behandlung der oberen Luftwege (S. 509—590) sehr instruktiv von Blumenfeld geschrieben, die chronischen Mischinfektionen von Schröder und Mernes, die Erkrankungen der Pleura von Finkler und Cammert, die des Herzens und der Gefässe, der Drüsen, des Blutes und der Lymphbahnen von Bohland, des Tractus intestinalis und der grossen Unterleiborgane von Joh. Müller, der männlichen Geschlechtsorgane von Frank und der weiblichen von Wehmer, des Nervensystems von Hezel, des Auges von Hess, des Ohres und Schläfenbeins von Körner, der Haut, Haare und die Lues von Seifert, die Stoffwechselkrankheiten von Winternitz.

Im Anhang (S. 917—979) wird die Tuberkulose der Knochen und Gelenke und die chirurg. Tuberkulose im allgemeinen von Witzel und Thom besprochen und die Phtisis der Kinder insbesondere von Nebelthau. Das Werk schliesst mit einem Namen- und Sachregister.

So haben sich 37 Autoren, die teils klinische Lehrer, teils Anstaltsärzte und erfahrene Spezialisten sind, in den riesigen Stoff geteilt und jeder von ihnen hat ein vollendetes, abgerundetes Bild seines Themas geschaffen. Es ist ein Genuss, das Werk zu studieren und nur ungern reisst man sich von der Lektüre desselben los. Jedem Abschnitt ist sein besonderer Charakter durch den Autor aufgeprägt: das verleiht dem Buche seinen Reiz und nimmt ihm die Eintörmigkeit, die durch die Bearbeitung seitens eines einzigen nicht immer vermieden wird. Doch sind alle Kapitel erschöpfend abgehandelt und der praktische Arzt wird für jeden Fall und jede Frage ausgiebigen Rat finden.

Das vorliegende Werk dient vornehmlich praktischen Zwecken, ist dem Bedürfnis des Arztes angepasst und stellt den gegenwärtigen Stand der Tuberkulose dar, die namentlich mit dem Beginn des neuen Jahrhunderts nicht nur grösseres fachwissenschaftliches Interesse erregt, sondern auch in höherem Maasse Gegenstand der sozialen Fürsorge geworden ist.

Die Verlagsbuchhandlung, die sich auch sonst in den Dienst des Kampfes gegen die Tuberkulose gestellt hat, hat für einen klaren, deutlichen Druck und eine vornehme Ausstattung gesorgt. Das Werk, das ein gewissenhafter, treuer Berater des praktischen Arztes genannt werden kann, ist dem Andenken Hermann Brehmers gewidmet.

Brennsohn, Mitau.

Protokolle
des deutschen ärztl. Vereins zu St. Petersburg.

1352. Sitzung am 15. Januar 1907.

Westphalen hält seine angekündigten Vorträge:

1) Westphalen demonstriert das Romanoskop von Strauss, erläutert die Technik seiner Anwendung und betont, dass mit Hilfe dieses Instrumentes folgenschwere Leiden erkannt werden können, die auf anderm Wege der Diagnose schwer zugänglich sind: Zunächst die Karzinome des Rektums, die weder durch Palpation durch die Bauchdecken noch per anum erreicht werden können, ferner eine Reihe von Krankheitszuständen des Rektums, welche durch häufige kleine sehr hartnäckige Blutungen in hohem Masse an den Verlauf der Rektumkarzinome erinnern, aber auf einer haemorrhagischen Proktitis mit haemorrhagischen Echymosen der oberflächlichen katarrhalischen Geschwüre beruhen.

Das Gesagte wird durch eine Reihe mitgeteilter Krankengeschichten bekräftigt.

Zum Schluss empfiehlt Vortr. die Anwendung des handlichen und durchaus nicht teuren Instrumentes sowohl dem Internisten wie auch den Chirurgen.

(Autoreferat).

Diskussion:

Kernig: Bietet das Promontorium beim Einführen des starren Rohres kein Hindernis?

Westphalen: Bei richtiger Technik ist er niemals auf Widerstand von Seiten des Promontorium gestossen; die richtig eingepumpte Luft bahnt dem Rohre fortwährend den Weg.

Henking: In der vorgeschriebenen Knieellenbogenlage muss ausserdem das Rektum nach vorne vom Promontorium weggedrängt werden.

2) Westphalen berichtet über die Krankengeschichte eines Falles von nahezu geheiltem Lungenabszess, welcher im Alexander-Hospital behandelt und daselbst zur Sektion kam.

Pat. 36. a. n. erkrankte im Juli 1906 an Influenza, worauf sich bei ihm sehr bald foetider Auswurf einstellte. Bei der

Aufnahme des Pat. am 17. September im Alexander-Hospital wurden konstatiert: eine die Herzdämpfung nach oben und links seitlich umfassende grosse Lungendämpfung, in deren Bereiche consonierende Rasselgeräusche sowie leicht hauchendes Expirium, sowie eine eigentümliche Stimmenkonsonanz gehört wurden. Es bestand Febris continua, sowie reichlicher foetider Auswurf mit Diettrich'schen Pfröpfen.

Während des weiteren Verlaufes klang das Fieber allmälig ab, es nahmen ab die Dämpfung und der Auswurf, welcher seinen foetiden Charakter allmälig verloren hatte, sowie die Rasselgeräusche.

Am 17. Dezember sollte Pat. fieberfrei und mit 32 Pf. Körpergewichtszunahme entlassen werden, um sich noch weiter auf dem Lande zu erholen, da erkrankte er am 15. Dezember von Neuem an Influenza, an welche sich eine Exacerbation des Prozesses in der Umgebung des Abszesses anschloss, das Sputum nahm an Menge zu, wurde vorübergehend blutig und wieder foetid, es traten bei leicht zunehmender Dämpfung von Neuem konsonierende Rasselgeräusche auf.

Am 17. Dezember plötzlich Schüttelfrost bei gleichzeitigem Schmerz im l. Hypochondrium, sowie leichte spontan- und Druckempfindlichkeit der l. regio iliaca. Diese letztere nahm hierauf allmälig ab, während sich unter fortlaufenden Schüttelfrösten und unregelmässig verlaufendem Fieber die Milz vergrösserte, gleichzeitig trat immer deutlicher hervor eine umschriebene überaus scharf ausgeprägte Druckempfindlichkeit ihres vorderen Poles. Probepunktion der Milz ergab negatives Resultat.

Am 6. Januar 1907. Exitus.

Kl. Diagnose. Lungenabszess im Verheilen. Exazerbation des den Abszess umgebenden pneumonisch infiltrierten Lungengewebes infolge erneuter Influenzainfektion—Thrombose eines Blutgefäses (Vene) daselbst. — Embolischer Infarkt der Milz mit Vereiterung oder Verjauchung. Septico-Pyaemie.

Die Sektion ergab: In der linken Lunge 2 von stark narbig umgewandeltem Lungengewebe eingerahmte Abszesshöhlen von ca. Haselnussgrösse — embolischen Infarkt des vorderen Milzpoles mit Verklebung an der Flexura lienalis coli — Thrombose und puriforme Schmelzung einer Milzvene, welche oberflächlich bis gegen den Milzhilus hinzog. — Thrombose und Phlebitis mehrerer in der Leber belegenen Pfortaderzweige, sowie zahlreiche Abszesse in dem Leberparenchym. Im kleinen Becken Reste einer mässigen Blutung.

Augenscheinlich muss diese Blutung mit dem eigentümlich spontanen Druckschmerz im Bereiche der l. regio iliaca in Zusammenhang gebracht werden, über welche Pat. in direktem Anschlusse an den Milzinfarkt am 17. Dez. geklagt hat. Es ist anzunehmen, dass diese Blutung entstanden war durch leichte Ruptur der Milzkapsel über diesem Infarkte, an der Stelle an welcher es in der Folge zu einer Verklebung mit der Flexura lienalis coli gekommen war, wobei es zu einer Vereiterung des Haematoms deswegen nicht kommen konnte, weil ja zwar der infektiöse Embolus im embolierten Gefässe stak, aber das infarzierte Milzgewebe selbst zur Zeit des mutmasslichen Einrisses der Kapsel noch nicht infiziert war.

Demonstration der einschlägigen Praeparate.

(Autoreferat).

Diskussion:

Ucke demonstriert im Anschluss die anatomischen Präparate dieses Falles; in der Lunge ist sehr schön die Narbenbildung um den Abszess herum zu sehen. Unter dem Mikroskop stellt er die aus dem Abszess gewonnenen Mikroorganismen, eine Art Streptotricheen, aus.

Diskussion:

Kernig: Aus den früheren grossen Rekurrensepidemien ist ihm das Krankheitsbild der Milzinfarzierung und der Milzvereiterungen sowie der Milzruptur ohne Infektion sehr genau bekannt. Ein klinisch wichtiges Zeichen ist die Druckempfindlichkeit unterhalb des Rippenbogens. Einen Milzabszess durch die Probepunktion zu erreichen, wird nur ein glücklicher Zufall gestatten, solange kein grösserer subphrenischer Abszess entstanden ist. Er verweisst auf seine Arbeit über Rekurrens aus dem Jahre 1868, in welcher er ganz ähnliche Vorkommnisse beschrieben hat, sowie auf seine Arbeit «Ein Fall von geheilter Milzruptur». Letzterer betraf einen Kollegen, der an Typhus exanthematicus erkrankt, aus dem Milztumor eine kolossale Blutung in die Bauchhöhle erlitt, trotzdem aber genas; bei dem nach ca. 10 Jahren infolge Osteomyelitis erfolgten Tode wurde die Narbe in der Milz bei der Sektion gefunden.

Stellvertr. Direktor: E. Masing.
Sekretär: E. Michelson.

Auszug aus den Protokollen der Gesellschaft praktischer Aerzte zu Libau.

Sitzung vom 12. Oktober 1906.

1. Ischreyt demonstriert eine 50-jährige Patientin mit Randectesie der Cornea. Anamnestisch lässt sich feststellen, dass die Patientin seit früher Jugend an Trachom beider Augen gelitten hat und vielfach, klinisch sowohl wie ambulatorisch, behandelt worden ist. Die «Blase» am rechten Auge besteht seit mehr als 15 Jahren und hat sich während einer Verschlimmerung der Krankheit in verhältnissmässig kurzer Zeit gebildet. Der damals behandelnde Arzt fürchtete eine Perforation, doch sei dieselbe nicht eingetreten. Form und Grösse der Blase haben sich seitdem nicht wesentlich verändert. — Patientin zeigt beiderseits in Vernarbung begriffenes reizloses Trachom und Pannus mit Trübungen. Ophthalmoskopisch findet sich eine schwere Chorioiditis disseminata. Die unteren Tränenkanälchen sind geschlitzt. Die rechte Cornea ist in ihrem oberen Drittel stark vorgewölbt, so dass die Kuppe der Ectasie den Hornhautscheitel bedeutend überragt. Die Vorwölbung ist wulstartig und reicht in der vertikalen Mittellinie nicht ganz so weit wie beiderseits am Limbus, ist also nach unten zu concav. Die unteren zwei Drittel der Cornea sind normal gewölbt. Die Ectasie zeigt nach unten einen wenig geneigten nach, oben einen steilen Abhang. Das Limbusgewebe ist ebenfalls ergriffen und beteiligt sich an der Bildung der Ectasie. Die Conjunctiva bulbi sendet oben aussen einen mehrere Millimeter breiten zungenförmigen Fortsatz bis auf die (ectatische) Cornea. Vom Limbus oben ziehen parallele Gefässe auf die Ectasie: innen entspringt ein sehr starkes Gefäss aus der Episklera und verläuft in horizontaler Richtung entlang der unteren Grenze der Ectasie und entsendet feine Zweige nach oben und aussen, wo sie Anastomosen mit den gegenüberliegenden Gefässen eingehen. Am unteren Hornhautrande ziehen ebenfalls kleine Gefässe auf die Cornea, jedoch nicht so weit wie oben. Die ganze Cornea ist getrübt wie nach lange bestehendem Pannus. In der Umgebung des oben erwähnten horizontalen Gefässstammes sind die Trübungen etwas dichter. Die Iriswurzel befindet sich an ihrer normalen Stelle und ist nicht etwa infolge einer Dehnung des ziliaren Teiles der Sklera nach vorn gerückt; aus diesem Grunde ist die Vorderkammer oben von einer ganz ungewöhnlichen Tiefe. Der Visus ist rechts = $^1/_{100}$ links = $^1/_{25}$. Die Refraktion ist rechts skioskopisch im horizontalen Meridian ca. 22 d, im vertikalen liess sie sich wegen des zu undeutlichen Schattenwechsels nicht genauer bestimmen. Links besteht horizontal — 7,0, vertikal — 2,0 d. — Fälle von peripherer Hornhautektasie sind bisher nur in geringer Anzahl beschrieben worden. Aetiologisch werden zweierlei Prozesse beschuldigt, einerseits der Arcus senilis mit seiner Corneadegeneration (Terrien, Fuchs und Rupprecht), andererseits Hornhautgeschwüre der Limbusgegend (Arlt, Frank, Seefelder, Lauber). Unser Fall gehört zu der zweiten, «entzündlichen» Gruppe; für die Entstehung ist jedenfalls das Trachom verantwortlich zu machen, eventuell vermittelst eines pannösen ulcus. Es scheint, dass diese Aetiologie der pheripheren Corneaectasie bisher nicht veröffentlicht worden ist.

(Autoreferat).

(Wird veröffentlicht in den Klin. Mon. f. Aug. 1907).

2. Ischreyt stellt zwei Fälle von Glaukom vor, die relativ junge Personen betreffen. Der erste Fall, der 23-jährige Peter J., erkrankte bereits vor 3 Jahren an beiden Augen und weist die für dieses Alter typische Form des Glaukoms — das Glaukoma simplex — auf. Da die Sehschärfe rapid abnahm und die Gesichtsfeldeinschränkung immer grösser wurde (trotz Anwendung von Eserin) iridectomierte ich am 7. Februar 1904 das rechte schlechte Auge und am 14. Februar das linke. Rechts war der Verfall der Sehschärfe zur Zeit der Operation bereits ein zu grosser, um einen praktischen Erfolg erwarten zu können. Die Operation wurde aber ausgeführt, um ihren Einfluss überhaupt zu beobachten. Links war der Visus vor der Operation < 0.8; 12 Tage nach derselben < 0.6 und augenblicklich 0.7. Das Gesichtsfeld ist nicht schlechter geworden. Der Erfolg scheint hierdurch ein dauernder zu sein.

Der zweite Fall, die 28-jährige Awdokia T., ist in mehrfacher Hinsicht interessant. Das Glaukom ist hier auf das eine Auge beschränkt, ist endzündlich und absolut. Es entwickelte sich vor 2 Jahren in akuter Weise während einer Schwangerschaft, besserte sich nach der Geburt; während einer zweiten Schwangerschaft trat eine neue Verschlimmerung ein, die sich ebenfalls nach der Geburt besserte und augenblicklich besteht wieder eine Verschlimmerung neben einer dritten Schwangerschaft. Uns interessiert in diesem Falle ganz besonders der Einfluss der Gravidität auf die



Entstehung und Verschlimmerung des Glaukoms. Wenn die Patientin älter wäre, könnte man an ein zufälliges Zusammentreffen denken; da sie aber zur Zeit des Ausbruchs des Glaukoms erst 26 Jahre zählt, was für ein Glaukoma acutum jedenfalls auffallend wenig ist, müssen wir mit grosser Wahrscheinlichkeit in der Gravidität das ätiologische Moment suchen.

(Autoreferat).

3. Goldberg referiert über einen Fall von adhäsiver eitriger Peritonitis, die nach der Geburt entstanden war und einen Ovarialtumor vortäuschte.

In der Diskussion spricht sich Christiani dahin aus, dass man bei den pelveoperitonitischen sich an die Geburt anschliessenden Prozessen operativ vorgehen solle, wenn das Fieber sehr lange anhalte; sonst solle man konservativ behandeln. Operativ müsse man aber auch bei gewissen, nicht fiebernden Fällen vorgehen, bei denen es nämlich zur Bildung eines festen Kernes gekommen sei, der den Patienten Beschwerden verursache.

4. Christiani berichtet über einen Fall von Uterus duplex bicornis c. vagina septa, Atonia cornu sinistri et Haematosalpinx sinistra. Vor der Operation wurde die Diagnose gestellt, da Pat. aus der rechten Vagina menstruierte und doch starke Beschwerden in dem linken Adnextumor wiederum während der Regel hatte, wobei aus der linken Vagina keine Periodeblutung auftrat. Die Atresie links lag in der Höhe des inneren Muttermundes. Durch die Laparotomie wurde die linke 30 Cm. lange und an ihrem ampullären Ende 8 Cm. an Umfang haltende Tube, welche leichte peritoneale Adhaesionen umgaben, entfernt; der Inhalt war dünnflüssiges Blut, ebenso auch das Ovar. Eine Haematometra sinistra war nicht vorhanden. Glatte Heilung.

(Autoreferat).

5. Prissmann stellt einen Knaben von 12 Jahren mit Favus vor. Seit einem Jahre leidet Patient an Kopffavus, der mehrfach, jedoch stets erfolglos behandelt wurde. Ref. überwies den Knaben behufs Röntgentherapie dem Stadtkrankenhaus, auch hier wurde ein universeller Körperfavus noch ausserdem konstatiert und mikroskopisch erhärtet. (Dr. Oldecop). Jetzt nach 15 Sitzungen von 5—10 Minuten Dauer kann man beinahe von Heilung sprechen, ob rezidivfrei, ist allerdings noch die Frage. Der Körperfavus ist durch Waschungen mit grüner Seife wie zu sehen günstig beeinflusst worden. Es ist bekannt und auch in diesem Falle «experimentell» bewiesen, dass der Favuspilz an und für sich wenig kontagiös ist, es sei denn, dass derselbe auf eine mazerierte Epidermislage gebracht wird: ein neben dem kleinen Patienten liegender chirurgisch Kranker infizierte sich an der unter Fomentationen mazerierten Körperstelle mit Achorion Schönleinii, der auch mikroskopisch nachgewiesen wurde.

(Autoreferat).
Präses: Prissmann.
Sekretär: Ischreyt.

Sitzung vom 2. November 1906.

1. Prissmann demonstriert ein Kind mit Strophulus infantum, da von verschiedener Seite der Wunsch geäussert war, dieses Thema auf einer Sitzung zur Diskussion zu bringen. Derartige Fälle seien ausserordentlich häufig; zunächst treten im 3.—4. Monat Quaddeln wie bei Urticaria auf, die anfallsweise wiederkehren und kleine rote Fleckchen hinterlassen. Der Juckreiz veranlasst die Kinder sich beständig zu kratzen und es entstehen nässende Eczeme. Häufig sind die Kinder skrophulös, häufig aber auch gesund. Aetiologisch ist das Verhalten des Darmkanals zu berücksichtigen, therapeutisch ist für richtige Diät und regelmässigen Stuhl zu sorgen. Wenn von verschiedener Seite Schwefel- und Salzbäder vorgeschlagen wurden, widerspricht das durchaus den Erfahrungen, die Referent zu machen in der Lage war. Salzbäder, also auch die libauschen Seebäder, sind ganz besonders kontraindiziert. In den ersten Krankheitsjahren ist es nicht immer festzustellen, ob es sich um Strophulus oder Prurigo handelt; ein Juckreiz, der das 5.—6. Lebensjahr überdauert, ist wohl sicher als Prurigo aufzufassen.

Christiani macht einen strengen Unterschied zwischen dem Strophulus der frühen und jenem der späteren Monate. Tritt die Krankheit früh auf, so beruht sie auf einer allgemeinen Dyskrasie, wahrscheinlich auf Grund von Darmkatarrhen und die Ansicht Czerny's, dass der Strophulus unter seine exsudativen Diathesen zu rubrizieren sei, sei durchaus annehmbar. Der Strophulus des ersten Lebensjahres ist durch geeignete allgemeine und diätetische Behandlung entschieden zu beeinflussen und auch zu heilen; dabei muss von Fall zu Fall entschieden werden, welche Ernährung anzuwenden sei. Wenn die Dermatologen geneigt sind die Prognose im Allgemeinen schlechter zu stellen, liegt es an dem Umstand, dass in ihre Behandlung vorwiegend die schwereren Fälle (d. s. diejenigen nach dem 1. Lebensjahr) gelangen.

Schmähmann empfiehlt zur Behandlung Na-salicylicum und Ichthyol.

2. Christiani referiert über die Operation bei der Frau, bei welcher er schon früher, wie auf einer anderen Sitzung berichtet, aus dem Abdomen 13 Liter Punktionsflüssigkeit entleert hatte. Die Punktion war damals infolge akuter Lebensgefahr geboten. Nachdem sich durch Digitalisgebrauch die Herztätigkeit reguliert hatte, wurde die Entfernung des linksseitigen Pseudomucinkystoms ausgeführt, wobei wiederum wenigstens 10 Liter Flüssigkeit vom spez. Gew. 1021 entleert wurden. Das Kystom war mit der vorderen Bauchwand flächenhaft verwachsen; seine Grösse, wie am Präparat demonstriert wird, entspricht nicht der ungeheuren Flüssigkeitsmenge und der Ausdehnung des Leibes, so dass auch freie Flüssigkeit im Bauchraum angenommen werden muss. Patientin ging 8 Stunden nach der Operation plötzlich an akuter Herzschwäche zu Grunde.

Schmähmann fragt, ob bei Ovarialzysten Herzerkrankungen häufig vorkämen.

Christiani erwidert darauf, dass ein ursächlicher Zusammenhang nicht bestehe. Der Ascites des vorliegenden Falles lasse sich nicht durch den Tumor allein erklären, sondern man müsse auch noch eine Leberaffektion voraussetzen. Allerdings sei dieselbe nicht erwiesen, da eine Obduktion nicht stattfinden konnte.

3. Friedberg referiert über einen von ihm beobachteten Fall von spontaner Uterusruptur:

Referent wurde am 26. Oktober 2 Uhr Nachmittags zu einer seit 2 Tagen kreissenden Frau geholt, von der sich seit 24 Stunden meconiumhaltiges Fruchtwasser entleerte. Die Untersuchung ergab, dass es sich hier um eine dorsoanteriore Querlage handelt, Kopf links; der äussere Muttermund für kaum 1 Finger durchgängig, innerer geschlossen, Zervikalkanal vollständig erhalten; Temp. und Puls normal; kindliche Herztöne 130 in der Minute deutlich zu hören; Wehen sehr schwach. Aeussere Wendung misslingt, weil das Fruchtwasser zum grössten Teil abgeflossen ist. 7 Uhr Abends ergiebt die Untersuchung: Muttermund für $1^1/_2$ Finger durchgängig, Zervikalkanal erhalten, innerer geschlossen, Puls und Temperatur normal; alle 15—20 Minuten kontrahiert sich der Uterus auf 10—12 Sekunden, von der Frau hört man kaum eine Schmerzesäusserung.

12 Uhr Nachts: Muttermund für 2 Finger durchgängig, Zervikalkanal kürzer, innerer Muttermund für $1^1/_2$ Finger geöffnet, Nabelschnurvorfall, welche zu reponieren misslingt.

Bei einer Konsultation mit Kollegen Christiani wird beschlossen, vorderhand von einer Wendung auf den Fuss Abstand zu nehmen, weil die Extraktion der Wendung nicht folgen konnte und das Kind durch Kompression der Nabelschnur zu Grunde gehen musste, was von den Eltern für keinen Fall gewünscht wurde, und da die Wehentätigkeit noch immer eine sehr geringe war, das Befinden der Frau (Puls, Temperatur u. s. w.) ein zufriedenstellender war, so hoffte man, dass im Laufe der Nacht bei Eintritt von stärkeren und ausgiebigeren Wehen eine bessere Situation für eine Wendung sich ergeben dürfte. Die Nacht schläft die Frau mit ganz geringen Unterbrechungen ruhig.

27. Oktober 9 Uhr. Die Untersuchung ergiebt denselben Befund wie in der Nacht. Es wird beschlossen, 1 Uhr einen Kolpeurynter einzuführen. Im Laufe des Morgens sind etwas stärkere Wehen, ebenfalls indolent, aufgetreten. Da plötzlich wird die Kranke sehr unruhig, sie wirft sich auf die rechte Seite, der Puls wird frequent, sehr klein und weich, die Haut blass, die Extremitäten werden kühl, kalter Schweissausbruch, Cyanose, Dyspnoe; die Frau ist vollständig teilnamlos; Uteruskontraktionen vollständig sistiert, Blutungen aus der Vagina. Referent diagnostiziert eine spontane Uterusruptur, was er auch dem sofort herbeigerufenen Kollegen Dr. Goldberg mitteilt. Die Untersuchung ergiebt einen ca. 10 Zentimeter langen Riss im rechten unteren Uterinsegment, er verläuft longitudinal, seitlich. Der Puls ist fadenförmig, Atmung 60 in der Minute. Subkutane Injektionen (alle 5 Minuten 1—2 Spritzen) von Ol. camphorat, Campher-Aetherlösung, starke Weine, physiologische Kochsalzinfusion (1 Liter) heben die Pulswelle für kurze Zeit, die Frau kommt etwas zu sich, geht aber auf dem Transport zur Klinik zu Grunde.

Anamnestisch wäre noch hinzuzufügen: Es handelt sich um eine 35 jährige, schwächliche, phtisische Frau, die, seit 14

Jahren verheiratet, zum 5. Mal geboren hat. Nach der 2. Geburt trat eine heftige profuse Blutung auf, die nur nach Dürsen'scher Tamponade des Cavum uteri sistierte. Dasselbe wiederholte sich bei der 3. und 4. Geburt. Vor 4 Jahren wurde sie vom Referenten wegen einer Endometritis behandelt, bei welcher Gelegenheit ihm der vollständig schlaffe und wackelige (wenn man sich so ausdrücken darf) Uterus, den man beliebig ante-retro sinistro- und dextroflektieren konnte und der dann in der gewünschten Stellung verblieb und der weich auf Druck fast teigig sich anfühlte auffiel. Vor 2 Jahren abortierte die Frau. Bei der Abrasio fiel es dem Kollegen, der die betr. Frau damals behandelte, auf, dass die Mukosa sich ebenso weich und schwammig anfühlte, wie die Plazenta, so dass er damals die Befürchtung einer Perforation mit der Cürette aussprach. Nach dieser Abrasio sistierten die Menses 14 Monate überhaupt, und nach einer einmaligen Menstruation kam es zur letzten Gravidität.

Es handelt sich in genanntem Fall wahrscheinlich um einen hochgradig pathologisch alterierten Uterus, der all die Erscheinungen in den vielen Jahren verursacht und schliesslich den tragischen Schluss herbeigeführt hat; welcher Art die Veränderungen in den Uteruswandungen waren, darüber lassen sich bloss Vermutungen aufstellen, da eine Autopsie vollständig abgelehnt wurde.

(Autoreferat).

Christiani bemerkt zu dem soeben referierten Fall noch Folgendes: als er in der Nacht um 1 Uhr zu der Frau konsultiert wurde, war der Muttermund für 2 Finger durchgängig, die Nabelschnur lag vor, eine Dehnung oder Spannung des Scheidengewölbes bestand nicht. Die Wehen waren äusserst schwach. Jetzt wenden, hiesse das Kind sicher opfern, daher schlug er vor, etwa 2—3 Stunden abzuwarten in der Annahme, dass der Muttermund sich dann wohl etwas weiter eröffnet haben würde und an die Wendung die Extraktion eher angeschlossen werden könnte. Als am Morgen, auf eine Anfrage bei Dr. Friedberg, wie die Geburt verlaufen sei, die Antwort erfolgte, es stehe alles noch beim Alten, konnte er leider nicht gleich die Geburt beendigen, da er durch eine dringende Operation momentan verhindert war. Um 12 Uhr etwa ist dann offenbar die Ruptur erfolgt; eine Nachuntersuchung gegen 2 Uhr, nachdem das Kind von Dr. Friedberg entbunden war, ergab einen penetrierenden Riss rechts bis fast an die Tubenecke. Während der Vorbereitung zur Operation erlag die Frau der Blutung. Sehr auffallend ist der Umstand, dass der Riss bei erst auf 3 Finger eröffnetem Muttermund und ausserordentlich schwachen Wehen eingetreten sein soll. Auch der für Querlage auffallende Sitz des Risses als Längsriss lässt die Annahme durchaus zu, dass es sich im vorliegenden Fall um abnorme Verhältnisse und zwar krankhafte Veränderungen in der Uteruswand gehandelt haben dürfte. Für diese Annahme spricht auch der Umstand, dass die Frau nach der letzten Geburt im Wochenbett wegen ausserordentlich starker Blutung excochleiert worden ist, wodurch leicht Läsionen bewirkt werden können.

(Autoreferat).

Präses: Prissmann.
Sekretär: Ischreyt.

Tagesnachrichten.

Personalia.

— Das beständige Mitglied des militär-medizinischen gelehrten Komitees, Geheimrat Dr. Schewelëw ist krankheitshalber mit Uniform und Pension verabschiedet worden, unter gleichzeitiger Beförderung zum wirklichen Geheimrat.

— Dem Gehülfen des Obermedizinalinspektors, wirkl. Staatsrat Dr. Paul Bulatow, ist für seine Mühewaltung als Mitglied der Hauptevakuationskommission der St. Wladimirorden III. Klasse verliehen worden.

— Seinen 70. Geburtstag beging vor Kurzem der Sanitätsrat Dr. Max Salomon in Berlin, der nicht nur als Praktiker, sondern auch in der Wissenschaft Bedeutendes geleistet hat Seine wissenschaftlichen Arbeiten, namentlich auf dem Gebiete der Geschichte der Medizin, haben in Fachkreisen besondere Anerkennung gefunden. Vor 2 Jahren wurde seine Schrift: «Die Tuberkulose als Volkskrankheit und ihre Bekämpfung durch Verhütungsmassnahmen» von der Hufelandschen Gesellschaft, in welcher er 25 Jahre lang als Schriftführer fungierte, mit einem Preise gekrönt.

— Der Kiewsche Gouvernements-Medizinalinspektors, wirkl. Staatsrat Dr. Ssulima, ist zum Chef der Moskauer Medizinalverwaltung ernannt worden.

— Der Oberarzt des Rigaschen Militärhospitals, wirkl. Staatsrat Dr. Nikolai Ssusski, ist auf eigenes Ersuchen mit Uniform und Pension verabschiedet worden.

— Der bekannte Gynäkologe Professor Dr. August Martin, Direktor der Frauenklinik an der Universität Greifswald, beabsichtigt, wie verlautet, im Herbst d. J. seine Lehrtätigkeit aufzugeben. Prof. Martin erreicht im Juni sein 60. Lebensjahr.

— Dr. Michael Dieterichs, Leiter der orthopädischen Abteilung des Odessaer Stadthospitals, hat sich als Privatdozent für klinische Chirurgie an der Odessaer Universität habilitiert.

— Wie die Zeitung «Sönumed» erfährt, beabsichtigt Dr. Eduard Hoffmann in der Stadt Wesenberg eine Privatklinik zu errichten.

— Am 24. März vollendeten sich 25 Jahre, seit Dr. Bronislaw Wertel in den Dienst der Samaraschen Gouvernementslandschaft trat. Die Gouvernementslandschaftsversammlung hat, um die Verdienste des Jubilars zu ehren, beschlossen, ein Stipendium auf seinen Namen an einer der höheren Lehranstalten zu stiften.

Nekrologe:

— Verstorben sind: 1) Am 25. März in Charkow der frühere Professor der speziellen Pathologie und Therapie an der dortigen Universität wirkl. Staatsrat Dr. Jakob Kremjanski, im 68. Lebensjahre. Der Hingeschiedene begann seine ärztliche Tätigkeit i. J. 1864, war dann Professor in Charkow und lebte nach Ausdienung der gesetzlichen Dienstfrist in St. Petersburg, wo er als Konsultant für Tuberkulose und Lungenschwindsucht bei Lehranstalten fungierte. Bekannt sind die von ihm empfohlenen Inhalationen von Kali hypermanganicum bei Kehlkopf- und Lungenaffektionen. 2) Am 12. April in St. Petersburg der ältere Ordinator am hiesigen Nikolai-Militärhospital, wirkl. Staatsrat Dr. Johann Esow im Alter von 64 Jahren, nach fast 40-jähriger Tätigkeit als Militärarzt. 3) Der Korpsarzt des 6. Armeekorps, wirkl. Staatsrat Dr. Paul Flërow, im 63. Lebensjahre. Die Venia practicandi hatte er i. J. 1870 erlangt. 4) In St. Petersburg am 6. April der praktische Arzt Anatol Korolkow im 34. Lebensjahre. Der Verstorbene beschäftigte sich vorzugsweise mit Syphilis und Hautkrankheiten und praktizierte im Sommer in Pjatigorsk. 5) In Wien der Dozent für Laryngologie Dr. A. v. Weissmayr im Alter von 39. Jahren. Er war Leiter der Lungenheilstätte Alland bei Wien und ist auch vielfach literarisch hervorgetreten. 6) In Kopenhagen der bekannte Augenarzt, Privatdozent Dr. Adolph Gad, Leiter der ophthalmologischen Abteilung der Poliklinik, im Alter von 60 Jahren.

Von Universitäten und med. Instituten.

— Als Nachfolger Prof. E. v. Bergmann's auf den Lehrstuhl für Chirurgie an der Berliner Universität sind, wie aus Berlin gemeldet wurde, in einer ausserordentlichen Sitzung der medizinischen Fakultät die Professoren v. Eiselsberg (Wien), Bier (Bonn) und Garré (Breslau) in Betracht gezogen worden, und zwar sollen die ordentlichen Professoren der Fakultät nach langen Debatten sich dahin geeignet haben, Prof. v. Eiselsberg an erster Stelle, Prof. Bier an zweiter und Prof. Garré an dritter Stelle dem Ministerium in Vorschlag zu bringen. Man würde es in den Kreisen der Berliner medizinischen Professoren gern sehen, wenn die ministerielle Entscheidung auf Prof. v. Eiselsberg fallen würde, den Bergmann öfters als den geeignetsten Nachfolger bezeichnet haben soll. Neuerdings bringen jedoch die Tagesblätter die Nachricht, dass Prof. Bier augenblicklich in Berlin weilt, um die Einrichtungen der chirurgischen Klinik zu besichtigen, was darauf deutet, dass er von den drei Gelehrten, die in Betracht kommen, die meisten Aussichten hat.

— Die Ausweisung der relegierten Studenten der militär-medizinischen Akademie ist einstweilen aufgeschoben worden, da der Kriegsminister Generalleutnant Rödiger am 14. April in einer Konferenzsitzung der Professoren der Akademie, zu welcher er unerwartet eingetroffen war, erklärte, dass er bereit sei, dem Ge-

such der Professoren um Milderung des Loses der relegierten Studenten zu willfahren und die Konferenz mit einer nochmaligen Prüfung der Angelegenheit zu betrauen, um die Schuld der einzelnen Studenten genauer festzustellen.

— Der Chef der mil.-med. Akademie Prof. Dr. A. Danilewski, welcher am 13. April bereits sein Abschiedsgesuch eingereicht hatte, hat nach dem Erscheinen des Kriegsminister in der akademischen Konferenz auf die Bitte der Professoren sich bereit erklärt, auf seinem Posten zu bleiben.

— Die Studenten des V. Kursus der mil.-med. Akademie haben in einer zur Entscheidung der Frage, ob sie zum Staatsexamen schreiten sollen oder nicht, veranstalteten Versammlung — im Gegensatz zu der auf dem allgemeinen Studentenmeeting gefassten Resolution — mit 56 gegen 23 Stimmen beschlossen, zum Examen zu schreiten. Die Minorität, die diesen Beschluss für Streikbrecherei erklärt, blieb bei ihrer besonderen Meinung, indem sie beschloss, nicht zum Staatsexamen vorzugehen.

— Der Ministerrat hat sich bezüglich des Ortes für die neu zu eröffnende Universität definitiv für die Stadt Saratow entschieden. Das Projekt der neuen Universität wird demnächst der Reichsduma zur Prüfung vorgelegt werden.

— Prof. extraord. Dr. Oskar de la Camp, der vor Kurzem erst aus Berlin nach Marburg berufen wurde, hat jetzt einen Ruf als ordentlicher Professor und Direktor des poliklinischen Instituts und der Kinderklinik der Universität zu Erlangen erhalten, an Stelle von Prof. Voit.

— Der dirigierende Arzt des Säuglingsheims in Dresden Dr. Bruno Salge folgt einem Rufe als Prof. extraord. der Kinderheilkunde an die Universität Göttingen.

Standesangelegenheiten.

— An den Beratungen in der beim Synod niedergesetzten Kommission zur Ausarbeitung eines neuen Ehescheidungskodex nahmen als Vertreter des Medizinalrats die Professoren W. Bechterew und D. Ott, sowie Dr. Leo Berthenson teil.

— Der Moskauer Stadthauptmann hat, wie die Zeitung «Now» mitteilt, die Verwaltung der Pirogow-Gesellschaft davon benachrichtigt, dass der Minister des Innern die Einberufung des X. Pirogowkongresses nur unter der Bedingung gestattet hat, dass über die für den Kongress bestimmten Fragen in den Grenzen des Programms verhandelt wird, und dass der Kongress beim ersten Versuch von seinen Aufgaben abzuweichen sofort geschlossen werden wird.
(R. Wr.).

— Dem Stadtarzt in Kotka (Finland) Dr. Appelberg ist von dem dortigen Ratsgericht eine Verwarnung erteilt worden, weil er, wie die «R. Ztg.» berichtet, ein Obduktionsprotokoll in schwedischer Sprache, anstatt in der finnischen Kommunalsprache abgefasst hatte.

— Ein Mangel an Aerzten macht sich in vielen Ortschaften des russischen Reichs fühlbar. So berichtet die Astrachansche Zeitung, dass in der Stadt Zarew (Gouv. Astrachan) wo Infektionskrankheiten herrschen, nur ein Arzt sei. welcher als Kreisarzt beständig im Kreise beschäftigt sei und keine Zeit für die örtlichen Kranken habe. In dem Jandikowschen Gemeindebezirk mit mehr als 12,000 Einwohnern sei überhaupt kein Arzt vorhanden.

— Erhöhung der ärztlichen Honorare. In Nr. 2 dieses Jahrganges unserer Wochenschrift berichteten wir über die von Berliner und Wiener Aerzten in Anbetracht der verteuerten Lebensbedingungen beschlossene Erhöhung des Mindestsatzes für die Honorierung ärztlicher Leistungen und bedauerten damals, dass bei uns in Russland trotz der ebenso empfindlichen Preisumwälzungen auf allen Gebieten des täglichen Lebensbedarfes in dieser Beziehung noch nichts geschehen und auch in unserer Tagespresse diese Angelegenheit noch kaum berührt worden ist. Nun, wenigstens in einigen ostseeprovinziellen Zeitungen (Libausche Ztg. und Rigasche Rundschau) ist in der letzten Zeit die Honorierung ärztlicher Leistungen mehrfach erörtert worden und erfreulicherweise hat auch als erste die Gesellschaft praktischer Aerzte zu Libau, den verteuerten Lebensbedürfnissen Rechnung tragend, eine neue Gebührenordnung für ihre Mitglieder ausgearbeitet, in welcher nach der «Liv. Ztg.» folgende prinzipielle Leitsätze aufgestellt sind: Die Mitglieder haben sich an die nunmehr revidierte Gebührenordnung zu halten, in welche der Patient Einsicht nehmen kann. Falls keine Vereinbarung vorliegt, hat die Honorierung bei jeder Visite zu erfolgen. Für die erste Konsultation ist mehr als für die folgenden zu entrichten. Telephonische Konsultationen sind als ambulatorische Visiten anzusehen. Für das Abholen aus der Sprechstunde ist das doppelte Honorar zu erheben. Für Nachtvisiten (10 Uhr abends bis 8 Uhr morgens) ist mindestens das doppelte Honorar zu berechnen. Bei Hinzuziehung eines zweiten Arztes (Konsilium) ist ein höheres Honorar zu entrichten. Spezialärzte sind berechtigt, höhere Honorare zu beanspruchen. Säumigen Zahlern sind Rechnungen zuzuschicken. Bei Behandlung Unbemittelter tritt eine Ermässigung des Honorars ein.

— Aerztliche Fortbildungskurse finden in diesem Sommersemester an der Akademie für praktische Medizin in Köln vom 27. Mai bis 15. Juni n. St. und an den Universitäten Freiburg und Heidelberg vom 15. Juli bis 3. August statt.

Verschiedene Mitteilungen.

— In Moskau erscheint eine neue Monatsschrift in russischer Sprache unter dem Titel «Ssowremennaja Psychiatria» (Zeitgenössische Psychiatrie). Als Redakteure fungieren die Privatdozenten Dr. J. Gannuschkin und Dr. M. Lachtin. Beständige Mitglieder sind die Privatdozenten S. Suchanow und A. Bernstein, sowie der Direktor der Irrenanstalt in Tambow Dr. W. A. Muratow.

— Kurpfuscherei-Prozess. In Dorpat wurde, wie die «Nordl. Ztg.» berichtet, die Klage gegen den 73-jährigen Bauer Märt Mitt wegen Kurpfuscherei verhandelt. Er hatte bei einer Wöchnerin unter Anwendung der Zange das Kind todt zur Welt gefördert und darauf Sublimateinspritzungen gemacht, die nach seiner Vorschrift 4—6 mal täglich fortgesetzt werden sollten. Die Kranke ging an Blutvergiftung zu Grunde. Da der Experte Dr. Ströhmberg seine Meinung dahin abgab, dass Mutter und Kind lediglich durch die Unwissenheit des Angeklagten und dessen unverantwortliche Behandlung zugrunde gegangen seien, so verurteilte das Bezirksgericht den Mitt zu einem Polizeiarrest von zwei Monaten.

— Hohes Alter. Im Dorfe Werby (Gouv. Jekaterinoslaw) ist vor Kurzem ein Held von Sewastopol, der Verteidiger der 5. Bastion Major Wegma im Alter von 101 Jahren gestorben.

— Ueber die Zunahme der Krankheiten hat der bekannte Heidelberger Chirurg Professor W. Czerny, der vor nicht langer Zeit von der Leitung der chirurgischen Klinik in Heidelberg zurücktrat, in dem letzten von ihm herausgegebenen Jahresbericht die Erfahrungen niedergelegt, welche er im Laufe der Jahre über Ursache und Behandlung der Krankheiten bei seiner grossen Patientenschar gesammelt hat. Der berühmte Gelehrte konstatiert zunächst, dass die chirurg. Behandlung der Krankheiten in den letzten Jahrzehnten zugenommen hat, obgleich im allgemeinen die Sterblichkeitsziffer gesunken und die Lebensdauer der Menschen etwas gewachsen ist. Czerny macht für die Zunahme der Krankheiten zwei Momente verantwortlich. Einmal ist es die gesteigerte Anspannung aller seelischen und körperlichen Kräfte, um den Anforderungen des Lebens zu genügen, wodurch eine frühzeitige Abnutzung bedingt ist, der ein genügender Wiederersatz durch die nötigen Ruhepausen nicht gegenübersteht. Es ist deshalb die Verminderung der Arbeitszeit vom ärztlichen Standpunkt durchaus gerechtfertigt. Sodann hat Czerny den Eindruck erhalten, als ob die nachwachsende Jugend weniger widerstandsfähig wäre wie die frühere Generation. Dies könne von dem Ueberhandnehmen der städtischen Bevölkerung, herrühren, aber auch von der Verbesserung der Kinderpflege, bei welcher zahlreiche schwächliche Menschen erhalten werden, die früher zu Grunde gegangen sind. Den Hauptgrund für die Schwäche unseres heutigen Geschlechts sieht Prof. Czerny aber in der verminderten Fähigkeit und Neigung unserer Frauen, ihre Kinder selbst zu stillen. Daher

rühre die verminderte Widerstandsfähigkeit und die erhöhte Neigung zu allerlei Krankheiten, namentlich des Darmkanals. Diese im ersten Lebensjahre erworbene Schwäche des Darmkanals wird im späteren Lebensalter nur selten ausgeglichen und es entstehen Wanderleber, Wanderniere, Wandermilz, Senkung und Erschlaffung der Bauchorgane. Am schlimmsten ist, dass diese erworbenen Eigenschaften auf die Nachkommen häufig übertragen werden. Das Wachsen der Nervosität auf Grund der zunehmenden Erschlaffung der inneren Organe findet dadurch ihre Erklärung, ja auch die Zunahme der Blinddarmentzündung kann von der im ersten Lebensjahre infolge der abnormen Ernährung bedingten Verlagerung des Darmes hergeleitet werden.

Bf.

— Die Gesamtzahl der Kranken in den Zivilhospitälern St. Petersburgs betrug am 31. März d. J. 12251 (54 wen. als in der Vorwoche), darunter 714 Typhus — (43 mehr), 1079 Syphilis — (13 wen.), 459 Scharlach — (14 mehr), 219 Diphtherie — (3 mehr), 148 Masern — (1 wen.), und 11 Pockenkranke — (3 mehr als in der Vorw.).

— Die Gesamtzahl der Sterbefälle in St. Petersburg betrug in der Woche vom 25. bis zum 31. März d. J. im ganzen 934 (526 M., 408 W.), darunter an folgenden Krankheiten:

Typhus exanth. 0, Typhus abdom. 14, Febris recurrens 0, Typhus ohne Bestimmung der Form 0, Pocken 0, Masern 47, Scharlach 13, Diphtherie 18, Croup 0, Keuchhusten 5, Croupöse Lungenentzündung 45, Erysipelas 5, Grippe 10, Katarrhalische Lungenentzündung 114, Ruhr 0, Epidemische Meningitis 0, Akuter Gelenkrheumatismus 0, Parotitis epidemica 0, Rotzkrankheit 0, Anthrax 0, Hydrophobie 0, Puerperalfieber 3, Pyämie und Septicaemie 9, Tuberkulose der Lungen 111, Tuberkulose anderer Organe 27, Alkoholismus und Delirium tremens 10, Lebensschwäche und Atrophia infantum 56, Marasmus senilis 26, Krankheiten des Verdauungskanals 130, Totgeborene 53.

✦ Nächste Sitzung des Vereins St. Petersb. Aerzte: Dienstag, d. 1. Mai 1907.

Tagesordnung:

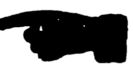
1. Schiele: Ueber gonorrhoische Erkrankungen der Prostata.

Weber: Ueber den primären Krebs des Wurmfortsatzes.

✦ Nächste Sitzung des Deutschen ärztlichen Vereins: Montag, d. 7. Mai 1907.

Tagesordnung:

1. Ucke: Spirochaetenbefunde bei pathologischen Prozessen.
2. Wladimiroff: Bemerkungen über Lyssa.





Herausgeber Dr. Rudolf Wanach. Buchdruckerei v. A. Wienecke Katharinenhofer Pr. № 15.

XXXII. JAHRGANG. ST. PETERSBURGER Neue Folge XXIV. Jahrg.

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Redaktion von

Prof. Dr. Karl Dehio. Dorpat. Dr. Johannes Krannhals. Riga.

Dr. Rudolf Wanach. St. Petersburg.

Die „St. Petersburger Medizinische Wochenschrift" erscheint jeden Sonnabend.—Der Abonnementspreis ist in Russland 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr inkl. Postzustellung; in den anderen Ländern 20 Mark jährlich, 10 Mark halbjährlich. Der Insertionspreis für die 3mal gespaltene Zeile in Petit ist 20 Kop. oder 45 Pfen.—Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt. —Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.

Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate bittet man ausschliesslich an die Buchhandlung von K. L. Ricker in St. Petersburg, Newsky-Prospekt № 14, zu richten. — Manuskripte sowie alle auf die Redaktion bezüglichen Mitteilungen bittet man an den geschäftsführenden Redakteur Dr. R. Wanach in St. Petersburg, Petersb. Seite, Alexandrowski Pr. 6 zu richten. Sprechst. Dienstag, Donnerstag und Sonnabend 5—6.

№ 17 St. Petersburg, den 28. April (11. Mai). 1907.

Ueber ein neues Formaldehyd-Desinfektionsverfahren, das Autanverfahren.

Vortrag, gehalten am 6. Februar 1907 im Verein St. Petersburger Aerzte.

Von

Dr. E. Hoerschelmann.

M. H. Wohl mehr, als die meisten anderen Spezialärzte kommen wir Kinderärzte in die Lage, es mit der Desinfektion von Wohnräumen und Sachen zu tun zu haben und in Fällen von akuten Infektionskrankheiten in dieser Beziehung mit Rat und Tat unseren Patienten behülflich zu sein. Umsomehr empfinden wir es aber auch nur zu oft schmerzlich, dass wir dieser unsrer Verpflichtung nicht in genügender Weise nachkommen können. Die bisherigen Desinfektionsmethoden lassen in verschiedener Hinsicht, besonders auch was den Kostenpunkt betrifft noch Manches zu wünschen übrig und daher muss mit Freuden jede neue Methode begrüsst werden, wenn sie frei von den Mängeln der bisherigen Methoden ist, sei es auch nur in gewissen Punkten.

Wie Ihnen, m. H., allgemein bekannt hat sich in den letzten Jahren das Formaldehyd den ersten Platz als Mittel zum Desinfizieren von Wohnräumen errungen. Nachdem vor 20 Jahren Oscar Löw auf die auf Spaltpilze entwickelungshemmende Wirkung des Formaldehyds hingewiesen hatte, dauerte es jedoch noch längere Zeit, bis dieses Mittel allgemeine Anerkennung fand. Wenn auch schon bald nach den ersten Veröffentlichungen das flüssige Formaldehyd unter dem Namen Formalin, dank seiner konstatierten hohen Desinfektionswirkung für Zwecke der Desinfektion von Gebrauchsgegenständen, für die Sterilisierung, Konservierung und Desodorierung eingeführt wurde, wurden doch die ersten praktischen Desinfektionsversuche erst vor nur kaum 10 Jahren angestellt, führten jedoch zu keinem definitiven Ergebnis. Dieses lag wohl zum grössten Teil an den verschiedenen Methoden, wie das Mittel angewandt wurde, aber die Resultate, die man erzielte, widersprachen sich nur zu oft je nachdem, ob trockenes, gasförmiges Formaldehyd angewandt wurde oder die Zimmerluft möglichst feucht gehalten, eventuell sogar die Gegenstände künstlich befeuchtet wurden.

Ihnen allen, m. H., ist erinnerlich, wie viel Aufsehen die von der Firma Schering in den Handel gebrachten Formaldehydlampen, Hygiea und Aesculap erregten, wie günstig in der ersten Zeit die Berichte über die mit diesen erzielten Resultate lauteten. Und als dann dem trocknen Formaldehyd jegliche desinfizierende Wirkung abgesprochen wurde, nahm man seine Zuflucht zum flüssigen Formalin. Es wurden verschiedene Sprayapparate konstruiert (Czapelewsky, Praussnitz, Schneider, Röpke u. a.), durch welche die Formaldehydlösungen in den betreffenden Räumen zerstäubt wurden und die allgemeine Aufmerksamkeit wurde mehr und mehr auf das neue Desinfektionsmittel gelenkt. Trotzdem konnte das Formaldehydverfahren keinen festen Boden gewinnen, weshalb auch noch immer die alten Methoden mit Sublimat, Karbol etc. nebenbei in Anwendung kamen.

In diese unsichere Lage brachte Flügge [1]) im Jahre 1898 Klärung, indem er den Kampf zwischen dem

[1]) Zeitschrift für Hygiene. 1898. Bd. 29. p. 276.

Formaldehyd und den alten Methoden zu Gunsten des ersteren entschied. Er wies nach, dass Formaldehyd seine volle Wirkung nur bei Gegenwart von Wasserdämpfen entwickele, dass mit den Formaldehyddämpfen genügende Mengen Wasserdampf in den zu desinfizierenden Raum gebracht werden müssten, so dass dieser mit Wasserdampf übersättigt sei; es wäre nicht genügend, dass mit Formaldehyddämpfen oder verdampften Formaldehydlösungen gearbeitet würde, letztere müssten noch mit der 4-fachen gleichzeitig zu verdampfenden Menge Wasser verdünnt werden.

Wenn auch die Flügge'schen Angaben alsbald in der Praxis sich bewährten, so haften doch der nach ihm befolgten Desinfektionsmethode nicht geringe Mängel an. Zunächst bedarf man eines relativ teuren Apparates, der besondere Sachkenntnis erfordert, weiter sind zur Verdampfung der Formaldehydlösung grössere Mengen Spiritus nötig, deren Verbrennung in einem verschlossenen, nicht kontrollierbaren Raum unter Umständen mit Feuergefahr verbunden sein kann. Endlich geht bei Benutzung derartiger Apparate die Verdampfung der grossen Flüssigkeitsmengen naturgemäss nur langsam vor sich, wovon mich zu überzeugen ich zu wiederholten Malen Gelegenheit gehabt habe.

Dieser letztere Umstand scheint aber von grosser Wichtigkeit zu sein, denn schon vor längerer Zeit hat Schepelewsky eine bedeutende Erhöhung der Einwirkungsweise der Formaldehyddämpfe bei schneller Verdampfung der Lösung aus einer Retorte gegenüber der einfachen Verdunstung derselben konstatiert und jüngst hat Steinitz, ein Schüler Flügge's, die These aufgestellt, dass von zwei Apparaten derjenige die besten Desinfektionsresultate mit der gleichen Formaldehydmenge erzielt, der diese Menge in der kürzesten Zeit in den zu desinfizierenden Raum bringt.

Um diesem Uebelstande des langsamen Verdampfens der Flüssigkeit abzuhelfen, wurden verschiedene Methoden vorgeschlagen, um den Verdampfungsprozess zu beschleunigen; so empfahl Krell, glühende eiserne Bolzen in die Formalinlösung zu bringen, Springfeld kettenförmige Heizkörper, Flügge glühende Chamottesteine etc. Die Mangelhaftigkeit solcher Methoden liegt auf der Hand.

Nun ist in der jüngsten Zeit, im Juni 1906 von Dr. Eichengrün[2]) in Elberfeldt (Vortrag, gehalten auf der Hauptversammlung des Vereins deutscher Chemiker zu Nürnberg, 8. Juni 1906) ein neues Formaldehyd-Desinfektionsverfahren empfohlen worden, das er Autanverfahren nennt und welches, wenn es sich bewährt, wohl imstande wäre, die bisherigen Methoden zu verdrängen. Dieses Verfahren soll neben völlig genügender Desinfektionswirkung bezwecken: Beseitigung jeder Feuergefahr, rapide Entwickelung der Formaldehyddämpfe und gleichzeitige Entwickelung der zur Uebersättigung der Luft notwendigen Wasserdämpfe.

Die Einfachheit dieses Verfahrens ist frappierend, denn man braucht zu demselben nur das sog. Autanpulver in einem genügend grossen beliebigen Gefäss mit einer bestimmten Menge Wasser zu übergiessen, das Gemisch ein wenig umzurühren und die Desinfektion ist eingeleitet und geht nun spontan weiter von Statten, wobei es nicht einmal notwendig sein soll, die Räume vorher sorgfältig abzudichten. Infolge der intensiven, im Verlauf von wenigen Minuten verlaufenden Verdampfung verteilt sich das Formaldehyd in solcher Konzentration im Raum, dass eine spätere Verdünnung der Gase durch etwaige Undichtigkeiten des Raumes nicht mehr in Betracht kommt.

[2]) Zeitschrift für angewandte Chemie. XIX. Jahrgang Heft 33.

Das Autanpulver ist ein gelbliches Pulver mit schwachem Formaldehydgeruch und stellt ein Gemisch dar von polymerisiertem Formaldehyd (Paraform) und Metallsuperoxyden in einem bestimmten Verhältniss. Dieses in trocknem Zustand völlig inerte Gemisch zweier an sich äusserst reaktionsträger Körper lässt erst beim Uebergiessen mit Wasser die eigentümliche Reaktion hervortreten. Uebergiesst man nämlich das Autanpulver mit Wasser und rührt etwas durch, so zeigt sich nach wenigen Sekunden eine beginnende Gasentwickelung, die unter lebhafter Schaumbildung immer stärker und stärker wird, bis plötzlich die Reaktionsmasse unter lebhafter Temperaturerhöhung in dem Gefäss hervorsteigt und unter Ausstossung dichter Dämpfe von Formaldehyd und Wasser aus demselben heraussiedet; in wenigen Augenblicken ist der betreffende Raum durch die Dämpfe wie mit dichtem Nebel erfüllt.

Diese Reaktion beruht auf dem Umstande, dass alle alkalisch reagierenden Superoxyde bei Gegenwart von Wasser imstande sind, Paraform zu entpolymerisieren, d. h. das feste Formaldehyd in gasförmiges überzuführen und dass gleichzeitig nicht nur das entstandene Formaldehyd, sondern auch die ganze zugegebene Wassermenge ohne äussere Wärmezuführung verdampft wird. Die entwickelten Wasserdämpfe rufen eine Uebersättigung des betreffenden Raumes mit Wasserdampf hervor, die längere Zeit andauert, so dass das Hygrometer erst allmählich wieder unter den Sättigungspunkt geht.

Beim Zustandekommen dieser Reaktion handelt es sich nach Eichengrün um Katalyse der Metallsuperoxyde durch das Formaldehyd, beziehungsweise das Paraform und anscheinend wird durch das Alkalihydroxyd in statu nascendi das Paraform entpolymerisiert.

Da nun nach Flügge die Hauptbedingung eines vollen Erfolges der Formaldehyddesinfektion in der Uebersättigung des betreffenden Raumes mit Wasserdampf besteht, lässt sich Formaldehydlösung an Stelle des Paraform nach Eichengrün deshalb nicht verwenden, weil man, abgesehen von der Oxydation eines grossen Teils des Formaldehyd vor Eintritt der Reaktion, durch dieselbe zu wenig Wasserdampf erhält, andrerseits wieder bei Zugabe der richtigen Wassermenge überhaupt keine Verdampfung mehr eintritt.

Dieses Autangemisch besitzt ferner noch den Vorzug, dass es in trockner Form verwendbar und leicht transportabel ist und zudem in Form von Tabletten und Tafeln sich komprimieren lässt. Weiterhin lassen sich damit auch, abgesehen von Wohnräumen, in bequemer Weise Räumlichkeiten desinfizieren, in welchen die Anwendung Flügge'scher und ähnlicher Apparate bisher kaum möglich war, wie in Schränken, Fuhrwerken, Eisenbahncoupés oder Räumen mit leicht brennbarem Inhalt.

Nach vollendeter Desinfektion kann man den Formalingeruch schnell dadurch beseitigen, dass man in den Rückstand des Autangemisches etwas Salmiakpulver hineinwirft und mit Wasser anfeuchtet, wodurch sich genügende Mengen Ammoniakgas entwickeln, um das Formaldehyd zu binden und den Geruch zu entfernen. In neuester Zeit enthalten die Packungen in Blechbüchsen neben der für einen bestimmten Raum notwendigen Menge des Autanpulvers auch entsprechende Mengen Chlorammoniak-Mischung. An den Blechbüchsen sind von aussen 2 Marken angegeben, die ein leichtes Abmessen der erforderlichen Wassermengen ermöglichen, so dass die Blechbüchsen zugleich als Maassgefässe dienen.

Dieses neue Verfahren ist nun auch auf seine Desinfektionswirkung geprüft worden. Wesenberg[3]) stellte,

[3]) Hygienische Rundschau 1906, Nr. 22.

bevor er zu seinen Desinfektionsversuchen überging, zuerst hygrometrische Messungen an, um den beim Autanverfahren erzielten Feuchtigkeitsgehalt der Luft zu bestimmen. In einem Raum von 22,5 Cbm. Inhalt werden 1000 gr. Autan mit 900 ccm. kaltem Wasser übergossen und umgerührt; nach etwa 1 Min. giebt es eine sehr lebhafte Reaktion, das Hygrometer steigt innerhalb 2 Min. von 55% auf 92%, in weiteren 3 Min. auf 96%, um auf dieser Höhe 50 Min. stehen zu bleiben. Derselbe Versuch mit lauwarmem Wasser angestellt giebt eine Ganzsättigung des Raumes mit Wasserdampf von 35 Min. Dauer. In demselben Raum wird ein Kontrollversuch nach Flügge angestellt (180 ccm. Formalin und 720 ccm. Wasser mit kräftiger Flamme verdampft); zur Verdampfung dieses Flüssigkeitsquantums ist eine Zeit von 66 Min. erforderlich, das Hygrometer steigt innerhalb 31 Min. von 60% auf 100%, bleibt 25 Min. auf dieser Höhe stehen, um dann allmählich herunter zu gehen.

Es ergiebt sich, dass das Resultat beider Versuche im Wesentlichen das gleiche ist, nur dass beim Autanverfahren die Uebersättigung des Raumes mit Wasserdampf eine ungleich schnellere ist.

Um nun auch den Formaldehydgehalt der Luft zu bestimmen entnahm er 20 Min. nach Beginn der Autan-Reaktion dem Raum 300 Liter Luft; dieselben enthielten 87 mgr. Formaldehyd, während bei dem nach Flügge'scher Methode angestellten Versuch 20 Min. nach Beendigung des Versuch's entnommene 300 Liter Luft nur 15. mgr. Formaldehyd, also nur etwa den 6. Teil der beim Autanverfahren gefundenen Mengen ergaben.

Zu den Desinfektionsversuchen wurden von Wesenberg in fast allen Fällen an Seidenfäden angetrocknete 24-stündige Bouillon-Kulturen von Staphylokokkus aureus, in einigen Fällen auch Seidenfäden mit Milzbrandsporen, Coli- und Typhusbazillen, sowie mit Pyocyaneus resp. Staphylokokken-Eiter getränkte Verbandstücke verwandt. Die Proben waren in verschiedener Höhe des Raumes ausgelegt, frei oder in dichte Tücher eingeschlagen. Alle Testobjekte waren in dünnes Seidenpapier gewickelt; von einer Abdichtung des Zimmers (Fensterritzen, Türspalten und Ofenloch) war Abstand genommen.

Bei Anwendung von 1000 gr. Autan, übergossen mit 900 ccm. kaltem Wasser auf einen Raum von 22,5 Cbm. Inhalt, bei 14—15° steigt das Hygrometer rasch auf 100%, bleibt etwa 35 Min. so hoch stehen, um dann in weiteren 35 Min. auf 94% zu sinken. Nach einer Dauer von 7 Stunden Einwirkung der Desinfektion waren alle freiliegenden Staphylokokkenfäden steril, die eingeschlagenen Proben liessen nur die eine nach 3 Tagen 20, die andere nach 3 Tagen 3 typische Kolonien aufkeimen.

Die Coliproben verhielten sich ähnlich. Von den Milzbrandsporenfäden erwies sich nicht einer als steril, die eingeschlagenen Fäden liessen kaum eine Abnahme der Kolonien erkennen.

Zum Vergleich wurde in demselben Raum mit den, gleich angeordneten Testobjekten eine Desinfektion durch Einleiten von Formaldehyd-Wasserdämpfen vorgenommen, 150 gr. Formalin und 600 ccm. Wasser, so dass etwa 2,5 gr. Formaldehyd pro 1 Cbm. zur Wirkung kam. Das Resultat entsprach bezüglich aller verwendeten Bakterien dem Versuch mit Autan.

Bei einem andern Versuch in einem kleinen Raum von 13 Cbm. Inhalt hatten 500 gr. Autan bereits nach $3^1/_2$-stündiger Einwirkungszeit Abtötung der ausgelegten Staphylokokken herbeigeführt.

Endlich kamen in einem Raum von 48 Cbm. Inhalt 1400 gr. Autan mit 1300 Ccm. warmem Wasser zur Anwendung. Dauer 6 Stunden. Die Typhusbazillen waren in allen Proben, ob freiliegend oder in ein Tuch eingeschlagen, ebenso die freiliegenden Staphylokokkenfäden abgetödtet.

Wesenberg schliesst die Mitteilung seiner Versuche mit der Bemerkung, dass wir bei Verwendung von etwa 1,4 kgr. Autan auf 50 Cbm. Raum bei 6—7-stündiger Einwirkungszeit einen höheren Desinfektionserfolg erwarten können, entsprechend der Wirkung von 2,5 gr. verdampftem Formaldehyd nach Flügge; bei Verwendung von 2 kgr. Autan auf 50 Cbm. Raum genügt $3^1/_2$-stündige Einwirkungszeit.

In ähnlicher Weise ging Selter[4]) in Bonn bei seinen Desinfektionsversuchen mit Autan vor. Während Wesenberg nach der Desinfektion die Objekte in Bouillon übertrug, sie dann mit Agar zu Platten verarbeitete und sie 10—14 Tage bei 37° C. beobachtete, schüttete Selter sie gleich in flüssigen Agar von 55°, goss sie dann zu Platten aus und bestimmte die Zahl der abgetöteten Bazillen. Er meinte, auf diese Weise einen besseren Aufschluss über die Wirkung der Desinfektion zu erhalten, als durch Bouillonkulturen, bei welch letzteren auch die Gefahr, dass das Resultat durch Verunreinigung getrübt würde, grösser sei.

Was das Auswaschen der Objekte nach der Desinfektion in einer Ammoniaklösung betrifft, wie Wesenberg es stets vornahm, hatte Römer[5]) die Ansicht ausgesprochen, dass durch diese Waschung die etwa noch vorhandenen, noch nicht abgetöteten Bakterien erst zum Wachstum gebracht würden. Werner[6]) konnte diese Ansicht auf Grund seiner vielfachen Versuche nicht bestätigen, wie auch Selter keinen Unterschied fand, ob er wusch oder nicht. Nach Schoenberg[7]) genügt es, die Objekte etwas auszulüften und dann in flüssigem Agar auszuwischen.

Selter benutzte statt der infizierten Seidenfäden kleine Stückchen Fliesspapier, auch solche aus Leinen- und Lodenstoff und kommt zu ähnlichen, sehr günstigen Resultaten wie Wesenberg (wie aus beifolgenden Tabellen zu ersehen); er arbeitete mit Staphylokokken und Milzbrandsporen und notierte das Resultat nach 6-tägiger Beobachtung der Kulturen, wenn auf den Platten nichts gewachsen war; namentlich betont er die Tiefenwirkung des Autanverfahrens. Auch zur Desinfektion von Schränken und Droschken hat er es benutzt und meint, dass sich in weiteren Versuchen sicher auch die eingehaltene Desinfektionsdauer und die Menge des Autans herabsetzen lassen wird, um noch eine ausreichende Desinfektion zu bekommen.

Beide Autoren heben zum Schluss hervor die grosse Einfachheit des Verfahrens, die Sicherheit der Wirkung, das Entbehrenkönnen besonderer Desinfektion, die grosse Zeitersparniss beim Einleiten der Desinfektion einerseits durch nicht notwendiges sorgfältiges Abdichten der zu desinfizierenden Räume, andererseits durch das momentane Eintreten der Autanreaktion gegenüber dem langsamen Verdampfen der Formalinflüssigkeit in Apparaten.

Durch dieses schnelle, ich möchte sagen beinahe momentane Erfüllen des Raumes mit den Formaldehyddämpfen muss man wohl eine viel intensivere Einwirkung derselben auf die Infektionskeime annehmen, wie

---

4) Zeitschrift für Medizinalbeamte, Vortrag, gehalten auf der V. Versammlung des deutschen Medizinalbeamten-Verbandes. 15. September 1906.

5) Zur Frage der Formaldehyd-Desinfektion. Beiträge zur experim. Therapie 1903 Hft. 6.

6) Zur Kritik der Formaldehyd-Desinfektion. Archiv für Hygiene Bd. I.

7) Zur Technik der Untersuchung bei Formaldehyd-Desinfektion. D. med. Wochenschr. 1898 p. 834.

es ja auch Schepelewsky und Steinitz konstatiert haben. Daraus ergiebt sich, wie mir scheinen will der ferner nicht zu unterschätzende Vorzug dieses Verfahrens, dass nämlich die Absperrung der infizierten Räume resp. das Entbehren derselben um ein Bedeutendes abgekürzt wird. Während früher 12—24 Stunden dazu erforderlich waren, genügen beim Autanverfahren 6—7, bei grösserem Verbrauch des Mittels selbst nur $3^1/_2$ Stunden und wie wichtig dieser Umstand sein kann, das braucht nicht besonders erwähnt zu werden.

Das Autanverfahren lässt sich endlich auch gut zum Desodorieren benützen, so von Leichenzimmern, übelriechenden Fabrik- oder Ladenräumen, Aborten etc. Zu diesem Zweck streut man das trockene Pulver aus oder hängt die Autantabletten auf, wobei sich in Folge der Luftfeuchtigkeit langsam Formaldehyddämpfe bilden. Versuche an Tierleichen haben das überraschende Resultat ergeben, dass dieselben nach Bestreuen mit Autanpulver wochenlang geruchlos blieben.

M. H. Diese meine kurze Mitteilung über das Autanverfahren, bei der ich nur referierend vorgehe, soll nur bezwecken, Ihre Aufmerksamkeit auf dasselbe zu richten und vielleicht den einen oder den anderen von Ihnen dazu veranlassen, die Methode zu prüfen. Das Verfahren ist noch zu neu, um Ihnen schon ein abgeschlossenes, feststehendes Urteil über dasselbe geben zu können. Trotz meiner mehrfachen Nachfragen hier im Komptoir der Farbenfabriken vorm. Fr. Bayer & Co. in Elberfeld, welche den Vertrieb des Autanpulvers übernommen haben, ist es mir nicht gelungen weitere Mitteilungen oder Bestätigungen der bisherigen günstigen Resultate zu erhalten. Bis vor Kurzem war das Autanpulver hier überhaupt nicht im Handel zu haben und konnte ich auch den Preis desselben nicht erfahren. Erst in der jüngsten Zeit haben sich Stoll & Schmidt, die russ. pharm. Gesellschaft und die Apotheke Pöhl damit versorgt. Der Preis stellt sich nun allerdings zunächst noch relativ hoch, jedoch wurde mir hier bei Bayer versichert, er würde bald niedriger werden. Zunächst kostet bei Stoll & Schmidt und in der russ. pharmaz. Gesellschaft eine Packung für 20 Cbm. Raum 2 R. 65 K., für 40 Cbm. 4.40, für 60 Cbm. 6,20, für 80 Cbm. 7.80.

Ich selber habe das Verfahren bisher nur einmal angewandt, und mich dabei von dem beschriebenen prompten, momentanen Eintreten der Reaktion überzeugt. Es handelte sich um die Desinfektion zweier kleiner Zimmer von ca. 60 Cbm. Raum nach einer leichten Erkrankung an Diphtherie. Fast momentan nach dem Uebergiessen des Pulvers mit Wasser begann das Brodeln, Ueberschäumen und die Entwickelung von dichten Formalindämpfen. Ich hatte 2 kg. Autan und 2 Liter Wasser benützt. Das war Ende November. Eine spätere Erkrankung in den Räumen ist darauf nicht erfolgt.

Sehr günstig über das Autanverfahren hat sich mir gegenüber ein werter Kollege hier ausgesprochen; er empfiehlt es warm und will in Zukunft nur dieses Verfahren anwenden. Ihm sei hiermit Dank gesagt für die freundliche Uebersendung eines Teils des verwendeten Materials.

Sollte dieses neue Desinfektionsverfahren sich auch weiterhin bewähren und der Preis sich namentlich auch noch niedriger gestalten, so wird es, meine ich, schnell den anderen schwerfälligeren Methoden den Platz streitig machen, vor allen Dingen, weil es neben der gleichen Wirksamkeit so eminent handlich ist und zugleich die von Flügge an ein zur praktischen Desinfektion geeignetes gasförmiges Desinfiziens gestellten Bedingungen zu erfüllen scheint:

1) Dass es sich sicher und leicht herstellen lässt und dass innerhalb einer bestimmten, nicht zu langen Zeit Absterben der Krankheitserreger eintritt;

2) dass es in eine gewisse Tiefe dringt;

3) dass durch das Desinfiziens keine Beschädigung der Gebrauchsgegenstände erfolgt und kein Geruch hinterbleibt und

4) dass das Desinfektionsmittel nicht zu teuer ist.

Wie wichtig wäre diese Desinfektionsmethode z. B. für den Landarzt. Durch die Mitteilungen eines solchen weiss ich, dass diese es nur ungern übernehmen, Bauerwohnungen zu desinfizieren, weil die Wirkung einer Desinfektion solcher so gut wie illusorisch wird dank dem Umstande, dass es kaum möglich ist, derartige Räume genügend für die bisherigen Desinfektionsmethoden abzudichten. Da diese Notwendigkeit bei dem Autanverfahren fortfallen soll, liesse sich auch hier eine genügende Wirkung vielleicht erzielen, namentlich wenn man die Desinfektion des Bodens dadurch unterstützt, dass man etwas Autan auf denselben, besonders in die Ecken und Fugen streut.

Dass es wohl noch einige Zeit dauern wird, ehe das neue Verfahren, wenn es sich bewähren sollte, sich allgemein einbürgern wird, muss bei dem grossen Misstrauen des Publikums gegen neue Mittel erwartet werden. So konnte ich in einem Fall von Scharlach die Eltern nicht dazu bewegen, die Desinfektion nach dem Autanverfahren vorzunehmen. Dieser Fall gab mir aber Gelegenheit, mich davon zu überzeugen, dass trotz des bisher noch verhältnissmässig hohen Preises des Autanpulvers die einem hiesigen Apotheker übergebene Desinfektion um ein Bedeutendes teurer zu stehen kam (ca. 24—25%) als sich die Desinfektion mit Autan herausgestellt hätte. Die aus 6 Zimmern bestehende Wohnung hatte, reichlich gerechnet, einen Rauminhalt von 416 Cbm., für die Desinfektion mussten 55 Rbl. gezahlt werden. Autan hätte man 5 Packungen zu 7 R. 80 K. und eine zu 2.65 verbraucht, was 41 Rbl. 65 Kop. gekostet hätte, mithin um 13 R. 35 Kop. billiger.

In einem 2. Fall handelte es sich um die Desinfektion dreier Zimmer von zusammen 273 Cbm. Inhalt; die Desinfektion kostete 45 Rbl. Autan hätte man 3 Packungen zu 7.80 und eine zu 4.40 gebraucht im Betrage von 27 R. 80 K., d. h. 17 R. 20 K. oder ca. 38% billiger. Dass in diesem Fall Autan nicht angewandt wurde lag daran, dass das Mittel damals hier käuflich noch nicht zu haben war.

Wie mir mitgeteilt ist, soll im Auslande die Desinfektion von 2 geräumigen Zimmern 10 Mark kosten.

Mitteilungen aus der Gesellschaft praktischer Aerzte zu Riga.

1442. Sitzung am 1. November 1906.

Anwesend 55 Mitglieder und 6 Gäste DDr. Andreas, Pacht, Devrient, Maximowitsch, Cossard, Pinker.

Das Protokoll der letzten Sitzung wird verlesen und angenommen. Vor der Tagesordnung demonstriert Dr. Hirschberg einen Pat. mit einem Primäraffekt an der Unterlippe.

Punkt 1 der Tagesordnung: Dr. von Zur-Mühlen:

Dr. Mühlen stellt einen Fall von operierten linksseitigem Stirnsinus vor. Der Kranke leidet schon seit Jahren an äusserst heftigen linksseitigen Orbitalneuralgien, welche ihn

so gut wie arbeitsunfähig machen. Ausserdem fliesst die linke Nasenseite und sind aus derselben anderweitig vielfach Polypen extrahiert worden. Die Operation wurde nach Killian ausgeführt. Schnitt längs des oberen Orbitalrandes, vom äusseren Augenwinkel beginnend. Die Augenbrauen werden nicht rasiert, der Schnitt läuft innerhalb derselben.

Längs der Nasenseite geht der Schnitt etwa bis zur Mitte derselben hinab. Sodann Freilegung der Stirnhöhle mit Erhaltung einer dem Margo supraorbitalis entsprechenden Spange. Ausräumung der vereiterten vorderen Siebbeinzellen. Primärer Verschluss der ganzen Wunde und leichte Tamponade aus der Nase.

Die Wundheilung geht ohne Zwischenfälle von statten. Eine Entstellung ist absolut nicht vorhanden. Vor allen Dingen sind aber die früheren neuralgischen Schmerzen vollkommen vergangen. Patient ist wieder arbeitsfähig und mit dem Resultat der Operation sehr zufrieden.

Dr. Kikuth giebt dazu folgende anamnestische Angaben, er habe den Fall 1 Jahr lang beobachtet, es bestand eine gewaltige Eiterung aus der Nase und unerträglicher Kopfschmerz, alle angewandten therapeutischen Versuche brachten nur sehr geringe Linderung, das Beizen der Nasenschleimhaut verringerte nur vorübergehend die Sekretion, so dass er schliesslich Pat. die Operation vorschlug die dann jetzt vor 3 Wochen ausgeführt worden sei und zur Heilung des Pat. geführt habe.

Punkt II der Tagesordnung: Diskussion über den Vortrag von Dr. P. Klemm über die Darminvagination. Dr. von Bergmann berichtet, dass er bis zum Jahre 1900 5 Fälle von Darminvagination operiert habe, die alle letal verlaufen sind. Im Alter schwankten die Patienten von 5 Monaten bis 60 Jahren. Operiert habe er einmal nach 15 Stunden, 1 mal nach 40 Stunden, 2 mal nach 75 Stunden, 1 mal nach 80 Stunden.

Seit 1900 seien 6 Fälle zur Operation gekommen, unter ihnen 2 Heilungen nach Resektion. Die eine sei eine chronische Invagination gewesen, der 2. Fall betreffe ein 27-jähriges Mädchen, das in der Nacht vom 28.—29. Oktober 1904 unter Leibschmerzen erkrankte, am 29. Oktober Morgens 2 Stühle, bis zum 31. Oktober dem Tage der Operation kein Stuhl mehr, keine Winde, die blutigen Durchfälle seien in diesem Falle vermisst worden. Kotiges Erbrechen und starke Schmerzen im Leibe, Temp. 38.6. Puls 120. In der Narkose war ein Tumor im Leibe deutlich zu fühlen, vorher nicht. Es lag eine Dünndarminvagination vor und musste 1 Meter langes Stück Darm reseziert werden, von dem 30 cm. gangränös gewesen, es war kein Exsudat in der Bauchhöhle und war der Darm oberhalb schlaff gebläht; oberhalb des invaginierten Darmstückes war die Schleimhaut des Meckelschen Divertikels in den Darm invaginiert.

Dr. von Bergmann schliesst sich Dr. P. Klemm voll an, dass in solchen Fällen von Lufteinblasung, Massage resp. äusserlichen Desinvaginationsversuchen nichts zu erwarten sei — an seinem Falle auffallend sei die anamnestische Angabe, dass vor einem Jahre und kurze Zeit vor der Erkrankung schnell vorübergehende Schmerzen ähnlicher Art gewesen seien, die spontan schwanden, er meine es müssten diese Schmerzen mit der Einstülpung der Schleimhaut des M. Divertikels im Zusammenhang gebracht werden, nicht aber, dass es sich um spontanes Zurückgehen einer Invagination dabei gehandelt habe. — Hirschsprung berichtet über 107 Fälle mit 60 pCt. Heilung ohne Operation. H. habe nur 1 pCt. Dünndarminvaginationen, sonst sei das Verhältnis 1:3 angegeben, aber es seien die Veröffentlichungen Hirschsprungs nach Willms nicht genau. Der Engländer Ryby habe an 53 Fällen kein einziges mal Erfolg mit der unblutigen Methode gehabt. — Andererseits sei der Erfolg der Operation ein besserer geworden, und könne er nur an seinem Standpunkte festhalten, dass sobald die Diagnose der Invagination, die nicht schwierig sei, feststehe, so rasch als möglich zu operieren sei.

Dr. Paul Klemm betont auch, dass die Statistik von Hirschsprung nicht einwandsfrei sei, er bringt fast gar keine Krankengeschichten, man müsse ihm ohne die Möglichkeit einer Nachprüfung der Krankengeschichten glauben, dass es sich in allen seinen Fällen um Invagination handele. Es seien aber doch Fälle gar nicht so selten, dass Kotmassen Tumoren und Invagination vortäuschen, ein Krankheitsbild, das durch äusserliche Manipulationen natürlich oft zurückgeht.

Dr. Hampeln bemerkt, dass theoretisch die chirurgische Intervention in jedem Invaginationsfalle als normales Verhalten anzuerkennen sei, die an sich anscheinend ungefährliche Laparotomie stellt nicht nur die günstigen Bedingungen für die sogenannte Desinvagination her, sondern klärt den Fall nach allen Richtungen erst auf, ob überhaupt eine Invagination vorliegt, an welchem Teile des Darmkanals, in welchem anatomisch-patohlogischen Zustande sich die invaginierte Strecke befindet, das alles entscheidet wenigstens in vielen Fällen erst die Laparotomie. Dennoch erscheine ihm als Internist fraglich und in praxi noch nicht entschieden, ob darum auch wirklich in jedem Falle dieselbe angezeigt sei. Auch der Internist strebt ja die Reduktion in der Narkose an. Prinzipiell handelt es sich also in diesem Falle um keinen Gegensatz zwischen interner und externer Behandlung, von dem doch nur geredet werden kann gegenüber etwa der Belladonna- und Opiumtherapie, die ja auch tatsächlich von beachtenswerter Seite empfohlen worden ist. Hier wollen beide das invaginierte Stück reponieren, der eine aber ohne Laparotomie in Narkose durch Eingiessung oder manuelle Kompression des Invaginationstumors, dass so etwas möglich beweist die stattliche Kasuistik, zu der man sich seiner Meinung nach nicht so misstrauisch verhalten soll, wie es von chirurgischer Seite geschieht. Die Fälle erscheinen ihm gut beglaubigt. Nach dieser Kasuistik sind die an einem grösseren Material wie bei Hirschsprung gemessenen Erfolge befriedigende, so gut wie in den günstigsten operierten Fällen. Dagegen ist in der Regel die Mortalität der operierten Fälle zur Zeit noch eine sehr grosse. Ihm scheine daher das nicht operative Verfahren bei der Invagination als eine zur Zeit wenigstens in den ersten 24 Stunden gleichberechtigte Methode in Betracht zu kommen. Dr. von Bergmann entgegnet er zur Angabe über das Verhältnis des Ileum zu der Dickdarminvagination, dass diese Angabe von 1 pCt. falsch sei; Es handele sich in der Hirschsprungschen Statistik um mindestens 10 pCt. Ileuminvaginationen. Dr. Klemm — dass bei einer diagnostisch nach Angaben aller Autoren so klar liegenden Sache, einem Fachmanne wie Hirschsprung wohl eine richtige oder mindestens in jedem Falle bestbegründete Diagnose auf Grund der bekannten Invaginationssymptome zugemutet werden sollte.

Dr. von Bergmann meint es habe entschieden viele Chirurgen und Internisten gegeben, die mit viel Glück und Geschick die Taxis bei Hernien ausgeübt haben und z. B. auf diese Weise auch Hernien vielfach reponiert hätten, es sei aber dabei auch viel Unglück geschehen und so sei man zu dem heutigen Standpunkte gekommen, wo die Taxis nicht eigentlich von selbst gelingt zur Operation als dem ungefährlicheren sofort zu greifen. Ferner aber behauptet er, dass auch bei scheinbar gelungener Reposition der Invagination, wo der Tumor geschwunden sei meist dieselbe am nächsten Tage wieder da sei und in diesen Fällen endigen die Fälle auch nach der dann gemachten Operation stets letal, da die Taxisversuche stets schwere Schädigungen setzen. Er habe sich auf Willms bei Angabe der Statistik berufen, der führe 1 pCt. Ileuminvaginationen an.

Dr. P. Klemm hält auch nach Dr. Hampelns Ausführungen an seinem alten Grundsatze fest, dass bei der Invagination sofort nach Diagnosenstellung der normale Eingriff die Laparotomie sei. — Er hält eine Desinvagination durch die Bauchdecken hindurch nicht für möglich, beim Abwarten verstreiche die günstigste Zeit für die Operation, dieselbe bedingt ja keine Schädigung, sondern die Gefahr sei der veränderte Darm, die Infektion, die im Moment der Invagination beginne. Nur die sofortige Operation sei das Mittel die Krankheit günstig zu beeinflussen und zwar ohne vorhergehende Manipulationen. Bei den übrigen Formen der Occlusion seien die Symptome nicht so klar und festgelegt, so sei ein Zuwarten mit der Operation häufig notwendig.

Dr. Hampeln: die Analogie mit anderen Arten von Darmverschlüssen könne er nicht ganz zugeben. Da sei eine manuelle Reposition ohne Laparotomie aus anatomischen Gründen und erfahrungsgemäss unmöglich, bei der Invagination hingegen sei eine spontane sowohl als künstliche Reposition möglich und wiederholt beobachtet, darum sei aber auch das inoperative Reduktionsverfahren nicht so zu verwerfen.

In der Theorie habe er sich übrigens für den chirurgischen Eingriff als das Normalverfahren erklärt, doch sei immerhin zu bedenken, dass auch ohne Operation günstige Heilerfolge erzielt werden können. In praxi möchte er sich so zur Frage stellen, dass erstens in jedem Falle sofort nach gestellter Diagnose aktiv in der Narkose vorgegangen wird, dass man aber erst die manuelle Reposition versucht und wenn diese nicht gelingt sofort die Operation anschliesst.

Punkt III der Tagesordnung. Dr. P. Klemm demonstriert mit Hilfe des zum ersten male funktionierenden Skioptikon an mikroskopischen Präparaten die Erkrankung des Blindfortsatzes, beginnend vom normalen Bilde desselben zeigt er wie die Entzündungserscheinungen beginnen, fortschreiten, den Durchbruch vorbereiten und wie es endlich zum Durchbruch kommt.

d. Z. Sekretär: Dr. von Sengbusch.

Protokoll
der Sitzung des Illuxt'schen Aerztevereins

am 8. September 1906.

1) Dr. J. Vierhuff hält einen Vortrag über Bier'sche Stauung und Klapp'sche Saugbehandlung. V. hält die Einführung der Stauungshyperaemie in den Schatz der medizinischen Heilfaktoren durch Prof. Bier für das epochemachendste Ereignis in der medizinischen Welt seit der Entdeckung der Röntgenstrahlen und erwähnt den Ausspruch Colley's dass die Bier'sche Stauungshyperaemie berufen ist Umwälzungen in der Lehre von der akuten Entzündung und deren Behandlung hervorzurufen, wie es seinerzeit der Lister'sche Wundbehandlung beschieden war.

Erst Bier's in NNr. 5—7 der Münch. Med. Wochenschrift 1905 erschienener Aufsatz über die Behandlung akuter Eiterungen mit Stauungshyperaemie hat breitere ärztliche Kreise zur Nachprüfung des neuen Heilverfahrens angeregt und die guten Resultate bei allen akuten und subakuten, nicht zu weit vorgeschrittenen Eiterungen und Entzündungen sind fast auf der ganzen Linie anerkannt worden. Nach kurzem Ueberblick über die in der Literatur verzeichneten (Hauptsächlich Colley: Münch. med. Wochenschrift 1906, Nr. 6; Herhold; ibid., Beitelmeyer: ibid. 1906, Nr. 14; Hasslaner: ibid. 1906, Nr. 34) mit Bier'scher Stauung resp. Bier-Klapp'scher Saugbehandlung erfolgreich behandelten Krankheiten, berichtet V. über seine eigenen guten Erfahrungen bei 1) Gonitis gonorrhoica; 2) Mastitis purulenta; 3) Furunkel; 4) Drüsenabszessen; 5) Fisteln, unter welchen 1 Fall von Gonitis gonorrhoica eingehender Besprechung wert ist.

Am 28. Juli a. c. wurde V. zu einem jungen Manne A. P konsultiert, der seit 3½ Wochen an einer äusserst schmerzhaften Kniegelenkentzündung litt, so dass er ängstlich jede Bewegung mied und ohne Narkotika nicht schlafen konnte. Die Anamnese ergab, dass P. vor etwa 4 Monaten eine Gonorrhoe acquiriert hatte und dieselbe nicht gründlich behandelt hatte. Das Kniegelenk war mässig geschwollen und an den Cond. ext. et int. tibiae beim Druck äusserst schmerzhaft. Die Temp. bewegte sich in den letzten Tagen zwischen 36,7 und 37,8. Eine kleine Martin'sche Binde konnte gleich angelegt werden. Zur Nacht wurde sie abgenommen.

Nach 2 Tagen waren das Bein und der Unterschenkel recht stark geschwollen, die Schmerzhaftigkeit ein wenig geringer. Die Temperatur war tags zuvor auf 38,2 gestiegen, dann wieder zur Norm abgefallen. Nach ferneren 3 Tagen konnte P. das Bein ohne erhebliche Schmerzen etwas bewegen, die Schmerzhaftigkeit beim Druck war fast ganz geschwunden, P. schlief ohne Narcotica.

Wieder nach 3 Tagen hatte die Besserung schon bedeutende Fortschritte gemacht, so dass mit warmen Bädern und vorsichtiger Massage angefangen wurde, 3 Tage später mit passiven Bewegungen. 3 Wochen darauf kam P. in die Stadt gefahren, konnte mit Hilfe eines Stockes gehen, das Bein konnte fast vollständig gestreckt und bis zum rechten Winkel gebeugt werden, so dass eine Restitution der Funktion anzunehmen ist. — Zum Schluss erwähnt V. noch speziell die Technik und demonstriert die zur Hervorrufung der Stauungshyperaemie gebräuchlichen Apparate.

2) Dr. Hausmann demonstriert das Präparat eines von ihm extrahierten, an Brust und Abdomen zusammengewachsenen Zwillingspaares. 40-jährige IX-para aus dem Arbeiterstande. Während der Schwangerschaft keinerlei Beschwerden. Wehenbeginn 29. August 1906. 6 h. p. m. Blasensprung nicht bemerkt. — Geburt eines Kopfes 11 h. p. m. 29. August. — Am 30. August 7 h. a. m. wird wegen Nichtfortschreitens der Geburt ärztliche Hilfe verlangt, nachdem alle von verschiedenen alten Frauen angewandten geburtshilflichen Manipulationen sich als erfolglos erwiesen hatten. Bei Ankunft folgender Befund: Kräftig gebaute Frau in ziemlich schlechtem Ernährungszustande und äusserst armen Lebensverhältnissen. Puls 120, klein. Kopf und Arme eines Kindes, das bis gegen 3 h. a. m. gelebt haben soll, vor der vulva. Die Arme waren von einer Hebamme herabgeschlagen und ein in der Scheide liegender Fuss zurückgeschoben worden. Abdomen aufgetrieben, kleine Teile nicht zu tasten. Ueber der Symphyse ein wenig nach links ein die Bauchdecken stark vorwölbender harter Tumor, der als zweiter Kopf angesehn und so deutlich zu fühlen ist, dass der Verdacht einer Uterusruptur ausgesprochen wird. Zug am geborenen Kopf ruft eine Bewegung des über der Symphyse gelegenen Kopfes nach sich, was die Annahme eines Zusammenhanges beider mit einander berechtigt erscheinen lässt. Beim Eingehn mit der Hand lässt sich leicht eine breite Brücke konstatieren, die beide Früchte verbindet. Herabschlagen des nicht zum geborenen Kopf gehörigen Fusses und spielend leichte Extraktion. Befund: I. Kind quer vor der Vulva, II. quer über der Symphyse. Zug am ersten Kinde, um das zweite conduplicato corpore zu extrahieren, verläuft resultatlos, daher Versuch zu Wendung, wobei zuerst die linke Hand erfasst und angeschlungen wird. Darauf Herabschlagen eines im Knie gebeugten Fusses, sich später als der linke erweisend, und auffallend leichte Wendung und Extraktion. Plazenta folgt sofort nach. Der ausgesprochene Verdacht der Uterusruptur bestätigt sich. Die Zwillinge, weiblichen Geschlechtes, sind durch eine Brücke, die von c. der IV. Rippe bis zum Nabel reicht, mit einander verbunden. Gemeinsames Gewicht nach 3-tägigem Liegen in Spiritus — 14 Pfund. Sie haben einen Brustumfang von 43 ctm., eine Länge von 50 ctm., der erste einen Kopfumpfang von 34 ctm.. der zweite einen von 31 ctm. Die Plazenta zeigt nichts anormales. Länge der Nabelschnur 75 ctm., sie enthält 2 Venen und 3 Arterien.

(Autoreferat).

Sekretär: Dr. Rippe.

Tagesnachrichten.

Personalia.

— Das Allerhöchste Wohlwollen wurde für ihre Mühewaltung in der besonderen Kommission zur Ausarbeitung einer neuen Verordnung für die Militär-Medizinalverwaltung nachstehenden Mitgliedern dieser Kommission eröffnet: dem Ober-Militär-Medizinalinspektor Ehren-Leibmedikus Dr. Jewdokimow; dem Gehülfen des Chefs der Ober-Militär-Medizinalverwaltung Dr. Heinz; dem Professor emer. der militär-medizinischen Akademie Dr. Rein; den Militär-Medizinalinspektoren des Petersburger Militärbezirks Dr. Makawejew und des Turkestanschen Militärbezirks Dr. Nessler; dem Gehülfen des Wilnaschen Militär-Medizinalinspektors Dr. Kasanli; dem Präses des Oekonomiekomitees der Fabrik für Militär-Medizinalpräparate Dr. Germanow; dem Korpsarzt des III. Armeekorps Dr. Makarow; dem Oberarzt des Kiewschen Militärhospitals Dr. Milowidow; dem Divisionsarzt der XV. Infanteriedivision Dr. Kneri; dem beratenden Mitgliede des mil.-med. gelehrten Komitees Dr. Wreden; dem Oberarzt des Leibgarderegiments zu Pferde Dr. Dwukrajew und den älteren Ordinatoren des St. Petersburger Ssemënowschen Militärhospitals Dr. Naumow und des St. Petersb. Nikolai-Militärhospitals Dr. Browzyn.

— Der Korpsarzt des II. sibirischen Armeekorps Geheimrat Dr. Udinzow ist auf eigenes Ersuchen mit Uniform und Pension verabschiedet worden.

— Ordensverleihungen: Der St. Annenorden I. Klasse — dem Chef des Hofmedizinalwesens, Ehrenleibchirurgen Prof. Dr. Nikolai Weljaminow und dem Ober-Medizinalinspektor Dr. Leonid Malinowski.

— Befördert: Zu wirklichen Staatsräten — der Direktor des Instituts für Experimentalmedizin Dr. W. Podwyssotzki und der frühere Chef und Leiter der fliegenden Sanitätskolonne des Roten Kreuzes auf den Namen der Kaiserin Maria Feodorowna, Prof. ord. der Chirurgie an der Dorpater Universität Dr. Werner Zoege v. Menteuffel — letzterer für seine Mühewaltung während der Kriegszeit.

— Der Arzt beim Hofe des Grossfürsten Alexander Michailowitsch Dr. Johann Shegalow ist zum Ehrenleibmedikus des Allerhöchsten Hofes ernannt worden, unter Belassung in seiner bisherigen Stellung.

— Die Berliner medizinische Gesellschaft hat den bekannten Kliniker Prof. Dr. Senator an Stelle v. Bergmann's zu ihrem ersten Vorsitzenden gewählt.

— Auf eine 25-jährige Tätigkeit als Universitätsprofessor konnte am 1. Mai n. St. der ordentliche Professor der inneren Medizin und Direktor der internen Klinik an der Universität Erlangen, Dr. Franz Penzoldt, zurückblicken. Der Jubilar steht im 58. Lebensjahre.

— Der durch seine literarische Tätigkeit bekannte Karlsbader Arzt Dr. Arnold Pollatschek, dessen seit 17

Jahren erscheinenden therapeutischen Jahrbücher sich der Gunst jedes praktischen Arztes erfreuen, ist von der italienischen Akademie zu Palermo zum Ehrenmitgliede gewählt und mit der Medaille I. Klasse ausgezeichnet worden.

— Als Direktor des Kurländischen Komitees der Gesellschaft zur Fürsorge der Gefängnisse ist dem «Reg.-Anz.» zufolge der Arzt Alexander Dunajewski Allerhöchst bestätigt worden.

— Wie aus Heidelberg gemeldet wird, ist Professor Dr. Fleiner, Direktor der medizinischen Poliklinik an der dortigen Universität, zum König von Siam, der sich gegenwärtig in San Remo aufhält, berufen worden und in Begleitung seines Assistenten Dr. Pfister dorthin gereist.

Nekrologe.

Verstorben sind: 1) In Riga am 13. April der dortige freipraktizierende Arzt Dr. Arthur v. Reissner plötzlich im eben vollendeten 45. Lebensjahre. Geboren als Sohn eines Arztes in Livland, erhielt er seine Schulbildung in Dorpat und widmete sich dann von 1881—90 dem Studium der Medizin an der dortigen Universität. Nachdem er von 1891—97 als Arzt am Rigaschen Leprosorium fungiert hatte, hielt er sich ein Jahr zu seiner weiteren Ausbildung in Berlin und Breslau auf und war dann seit 1898 praktischer Arzt in Riga. 2) Am 18. April zu Riga der Besitzer und Leiter der früheren Nordströmschen Wasserheilanstalt in Majorenhof am Rigaschen Strande Dr. Georg Kitta-Kittel nach einer schweren Gallenstein-Operation im 50. Lebensjahre. Der Hingeschiedene war in Kreuzburg (Gouv. Witebsk), wo sein Vater damals Arzt war, geboren und bezog, nachdem er das Gymnasium in Riga besucht hatte, im Jahre 1877 die Dorpater Universität, an welcher er bis 1883 Medizin studierte und der Korporation Curonia angehörte. In den ersten Jahren seiner ärztlichen Tätigkeit wirkte er als Landarzt in Kurland und dann ein Jahr als Stadtarzt in Lida (Gouv. Wilna), bis er 1889 die Nordströmsche Wasserheilanstalt Marienbad übernahm, welche er bis zu seinem Lebensende leitete. Die Rigaschen Tagesblätter widmen dem Hingeschiedenen warme Nachrufe. Seine durch und durch noble Natur, rühmt ihm ein Freund in dem «Rig. Tagebl.» nach, seine warme Teilnahme an menschlichen Leiden und sein feines Verständnis für menschliche Schwächen, wie sie die Neurastheniker, Hypochonder, Hysteriker und die grosse Schar sonstiger Nervöser in Fülle an sich haben, sicherten ihm immer wieder aufs Neue das Vertrauen seiner Kranken. Dazu kamen seine verbindlichen Formen und eine zu Geselligkeit und Heiterkeit geneigte Natur, die immer wieder aufzurichten verstand. 3) In San Remo der Warschauer freipraktizierende Arzt Dr. Boleslaw Dzershawski im Alter von 45 Jahren nach 20-jähriger ärztlicher Tätigkeit. Der Verstorbene war Redakteur eines polnischen odontologischen Journals. 4) In Moskau Dr. Eduard Kwatz, Arzt des städtischen Krankenempfangslokals, im Alter von 66 Jahren. Die ärztliche Praxis hat der Verstorbene mehr als 40 Jahre ausgeübt. 5) Am 26. April n. St. in Wien der bekannte Chirurg Professor Dr. A. v. Mosetig-Moorhof im 70. Lebensjahre. Auf einem Spaziergange ist er, von einem seiner häufigen Schwindelanfällen betroffen worden und in die Donau gestürzt, in der er seinen Tod fand. Der Verstorbene erfreute sich als ausübender Chirurg und Verfasser zahlreicher chirurgischer Werke hohen Ansehens. Im Alter von 28 Jahren habilitierte er sich 1866 als Privatdozent an der Wiener Universität, an der er 1875 zum Professor ernannt wurde und die II. chirurgische Abteilung im Allgemeinen Krankenhause leitete. Vielfach ist er auch als Chirurg auf Schlachtfeldern tätig gewesen. Zwei grosse chirurgische Entdeckungen knüpfen sich an den Namen des Verstorbenen, das sind die Einführung des Jodoforms in die chirurgische Praxis und die Anwendung der nach ihm benannten Knochenplombe zum Ersatz von Knochenlücken. Prof. v. Mosetig galt auch als ein ausgezeichneter Lehrer und als Arzt und Operateur erfreute er sich einer grossen Klientel weit über die Grenzen Wiens hinaus.

Von Universitäten und medizinischen Instituten.

— Als Nachfolger Prof. v. Bergmanns auf dem Lehrstuhl der Chirurgie in Berlin wird nun definitiv Professor Dr. August Bier in Bonn bezeichnet, der unmittelbar nach Pfingsten die Leitung der Berliner chirurgischen Klinik übernehmen will. Bis dahin soll die Leitung der Klinik in den Händen des Bergmannschen ersten Assistenten Prof. Borchardt bleiben. Prof. Bier ist 46 Jahre alt und war lange Zeit Assistent des Professors v. Esmarch in Kiel, von wo er 1899 als ordentlicher Professor nach Greifswald und 1903 als Nachfolger Schedes nach Bonn berufen wurde. Mit ihm siedeln auch seine drei Bonner Assistenten nach Berlin über. Sein erster Assistent, der ausserordentliche Honorarprofessor und Sekundärarzt an der chirurgischen Klinik in Bonn Dr. Rudolf Klapp[1]) ist, wie die «Vossische Zeitung» erfährt, bereits zum ausserordentlichen Professor an der Berliner Universität ernannt und mit der Leitung der chirurgischen Poliklinik betraut worden. Dem zweiten und dritten Assistenten Bergmanns, die schon seit Jahren an der Klinik tätig sind, wurde mit der gesetzlichen Frist von 6 Wochen ihre Stellung gekündigt, die Verfügung über die weiteren Stellen hat Prof. Bier sich noch vorbehalten, während einem der bisherigen Assistenten mitgeteilt wurde, dass er bleiben könne. Doch dieser reichte nun seinerseits die Kündigung ein, während die übrigen Gekündigten sofort ihr Amt niederlegten. Es ist begreiflich, dass der umfangreiche Assistentenwechsel in Universitätskreisen lebhaftes Aufsehen erregt hat. Man glaubt ihn auf die ablehnende Haltung zurückführen zu sollen, die die Bergmannsche Schule den von Bier neu eingeführten Methoden gegenüber eingenommen hat.

— Wie aus Breslau gemeldet wird, hat der Direktor der dortigen chirurgischen Klinik Prof. Dr. Karl Garré, der an Mikulicz Stelle von Königsberg nach Breslau kam, einen Ruf nach Bonn als Nachfolger des Prof. Bier erhalten und angenommen. Prof. Garré, der im 50. Lebensjahre steht, stammt aus St. Gallen in der Schweiz.

— Die Professorenkonferenz der militärmedizinischen Akademie hat in ihrer ausserordentlichen Sitzung am 17. April betreffs der relegierten Studenten einstimmig beschlossen, die relegierten Studenten aufzufordern, Gesuche um Wiederaufnahme einzureichen, wobei in jedem Gesuche die Gründe der Ausschliessung und eine rechtfertigende Erklärung enthalten sein müssen.

— An der Odessaer Universität gährt es noch immer fort. Bekanntlich hatten in Beantwortung eines von der Studentenschaft über zwei medizinische Professoren verhängten Boykotts auch die übrigen medizinischen Professoren von der Partei «der Rechten» ihre Vorlesungen eingestellt. Auf die in dieser Angelegenheit erfolgte Anfrage des Ministeriums haben diese Professoren geantwortet, dass die anormalen Bedingungen des Lebens der Fakultät sie zur Ergreifung dieser Massnahme gezwungen haben. Der Universitätskonseil hat nun in Anbetracht des ministeriellen Schreibens beschlossen, die Professoren der medizinischen Fakultät zu ersuchen, ihre Vorlesungen unverzüglich wieder aufzunehmen.

Standesangelegenheiten.

— Als Kandidat für den sächsischen Landtag ist, wie die «Düna-Ztg.» einem sächsischen Blatt entnimmt, von der nationalliberalen Partei des oberen Vogtlandes ein Sohn Rigas, der praktische Arzt Dr. Gustav Werbatus in Bad-Elster aufgestellt worden. Da der Landtag nur im Winter die Sitzungen abhält, so wird die eventuelle Wahl in den Landtag kein Hindernis für seine ärztliche Praxis sein, der er nach wie vor in Bad-Elster nachgehen wird. Dr. Werbatus, der gegenwärtig im 40. Lebensjahre steht, hat anfangs in Dorpat, später in Deutschland studiert, und ist seit 6 Jahren deutscher Reichsangehöriger.

— Beim Landschaftsarzt J. E. Owtschinnikow in Moskau wurde in der vorigen Woche von Agenten der politischen Geheimpolizei eine Haussuchung angestellt, wobei eine Menge illegaler Literatur vorgefunden und konfisziert wurde. O. wurde infolgedessen verhaftet und im Butyrki-Gefängnis interniert.

— Der Jaltaer Arzt Sergius Jelpatjewski ist auf Grund des Art. 129, Pkt. 1, 2 und 3 des Strafkodex zur

[1]) Prof. Klapp ist, der «Voss. Ztg.» zufolge, aus Bonn mit drei Assistenten bereits in Berlin eingetroffen und hat am vorigen Montag die klinischen Vorlesungen begonnen.

gerichtlichen Verantwortung gezogen worden. Die Verhandlung dieses Prozesses wird am 1. Mai in der Petersburger Gerichtspalate unter Hinzuziehung von Ständevertretern stattfinden. (R. Wr).

— Die Witwe des Dr. Moltschanow, der sich, wie wir in Nr. 13 mitteilten, wegen einer von ihm ausgeführten unglücklichen Operation das Leben nahm, hat, einem von ihm bei Lebzeiten ausgesprochenen Wunsche nachkommend, ein Stipendium auf seinen Namen bei der Entbindungsanstalt (in der Nadeshdinskaja) gestiftet.

Vereins- und Kongressnachrichten.

— Die hiesige russische chirurgische Pirogow-Gesellschaft feierte am 25. April ihren 25-jährigen Stiftungstag mit einer Festsitzung, in der zahlreiche Deputationen von ärztlichen Vereinen und medizinischen Institutionen Glückwünsche darbrachten. Einen genaueren Bericht behalten wir uns für die nächste Nummer vor.

— Die feierliche Eröffnung des X. Kongresses Russischer Aerzte zum Andenken an Pirogow fand am 25. April in Moskau statt. Es nehmen an dem Kongress ca. 1000 Aerzte teil. Prof. Dr. Rein eröffnete als Präsident der Pirogowgesellschaft den Kongress mit einer Rede, in welcher er die Tätigkeit der Gesellschaft in der letzten Zeit skizzierte. Hierauf wurde zum Ehrenpräsidenten des Kongresses der Direktor des Petersburger weiblichen medizinischen Instituts Professor Dr. Salaskin gewählt. Den ersten Vortrag hielt Prof. Dr. Sabolotny über die Erfolge in der Behandlung der Syphilis in Russland. Am Abend begann die Arbeit in den Sektionen. Obschon die Verwaltung der Pirogowgesellschaft davon benachrichtigt ist, dass der Minister des Innern die Einberufung des X. Pirogowkongresses nur unter der Bedingung gestattet hat, dass über die für den Kongress bestimmten Fragen in den Grenzen des Programms verhandelt wird, und dass der Kongress beim ersten Versuch, von seinen Aufgaben abzuweichen, sofort geschlossen werden wird, so hat doch, wie wir aus den telegraphischen Mitteilungen ersehen, ein Arzt Kabanow gleich in der ersten Sitzung der Sektion für öffentliche Gesundheitspflege in seinem Vortrage, in welchem er die Degeneration des Volkes konstatierte, die Bildung spezieller Kommissionen beantragt, um sich mit der Agrar-, Arbeits- und anderen Fragen zu befassen. Vernünftigerweise lehnte jedoch die Majorität diesen Antrag ab, da sich der Kongress bei der Existenz der Reichsduma mit solchen Aufgaben nicht zu befassen habe.
Die allgemeinen Sitzungen des Kongresses finden im Theater «Bouffes» statt, da es der Verwaltung bis kurz vor Eröffnung des Kongresses nicht gelungen war, ein passendes Lokal ausfindig zu machen, denn die Direktionen der Adelsversammlung und des Konservatoriums, deren Räume in erster Linie für die Zwecke des Kongresses in Betracht kamen, hatten sich geweigert, ihre Lokale für den Kongress zu vermieten.

Verschiedene Mitteilungen.

— Das St. Petersburger städtische Barackenhospital zum Andenken an S. P. Botkin beging am 24. April seinen 25-jährigen Stiftungstag unter Teilnahme zahlreicher Gäste, mit dem Stadthaupt N. Reszow an der Spitze. Die Stadtduma hat beschlossen, im Saale des Hospitals das Porträt des gegenwärtigen Oberarztes Dr. Stephan Possadski, der 25 Jahre am Hospital gewirkt hat, aufzuhängen. In den verflossenen 25 Jahren sind in dem Hospital, das 320 Betten und 23 Aerzte hat, 143,057 Kranke verpflegt worden.

— In der Kaiserlichen Entbindungsanstalt (Nadeshdinskaja Nr. 5) fand am 25. April gegen 6 Uhr nachmittags ein Grossfeuer statt, das den weit über 100 Patientinnen leicht hätte gefährlich werden können, da das Feuer auf dem Boden des Gebäudes mehrere Stunden fürchterlich wütete. Glücklicherweise gelang es den anwesenden 15 Aerzten, Hebammen und Kursistinnen die im 4. Stock befindlichen 44 Wöchnerinnen mit Leichtigkeit in die weiter gelegenen Räume zu schaffen, da sämtliche Betten auf Rollen sich befanden. Im Operationssaal wurde gerade eine Wöchnerin operiert, doch gelang es noch, die Operation glücklich zu beendigen. Der Boden über dem Hofflügel ist vollständig und über dem Frontgebäude zum Teil ausgebrannt Die im 4. Stock befindlichen 2 Operationszimmer, 1 Zimmer für Gebärende und 6 Einzelzimmer sind durch Wasser verdorben. Auch das grosse Reservoir, welches täglich 2000 Eimer destilliertes Wasser für den Bedarf des Hospitals lieferte, ist vom Feuer zerstört worden, so dass wohl die Aufnahme neuer Patientinnen für einige Zeit eingestellt werden wird.

Bf.

— Die Gesamtzahl der Kranken in den Zivilhospitälern St. Petersburgs betrug am 7. April d. J. 12224 (27 wen. als in der Vorwoche), darunter 702 Typhus — (12 wen.), 1089 Syphilis — (10 mehr), 437 Scharlach — (22 wen.), 240 Diphtherie — (21 mehr), 152 Masern — (4 mehr), und 14 Pockenkranke — (3 mehr als in der Vorw.).

— Die Gesamtzahl der Sterbefälle in St. Petersburg betrug in der Woche vom 1. bis zum 6. April d. J. im ganzen 764 (418 M., 346 W.), darunter an folgenden Krankheiten:

Typhus exanth. 0, Typhus abdom. 25, Febris recurrens 0. Typhus ohne Bestimmung der Form 0, Pocken 0, Masern 46. Scharlach 23, Diphtherie 23, Croup 0, Keuchhusten 9, Kroupöse Lungenentzündung 39, Erysipelas 2, Grippe 10, Katarrhalische Lungenentzündung 129, Ruhr 1, Epidemische Meningitis 0, Akuter Gelenkrheumatismus 0, Parotitis epidemica 0. Rotzkrankheit 0, Anthrax 0, Hydrophobie 0, Puerperalfieber 3 Pyämie und Septicaemie 14, Tuberkulose der Lungen 115, Tuberkulose anderer Organe 36, Alkoholismus und Dilirium tremens 6, Lebensschwäche und Atrophia infantum 59, Marasmus senilis 31, Krankheiten des Verdauungskanals 133, Totgeborene 60.

✦ Nächste Sitzung des Vereins St. Petersb. Aerzte: Dienstag, d. 1. Mai 1907.

Tagesordnung:

1. Schiele: Ueber gonorrhoische Erkrankungen der Prostata.
2. Weber: Ueber den primären Krebs des Wurmfortsatzes.

✦ Nächste Sitzung des Deutschen ärztlichen Vereins: Montag, d. 7. Mai 1907.

Tagesordnung:

1. Ucke: Spirochaetenbefunde bei pathologischen Prozessen.
2. Wladimiroff: Bemerkungen über Lyssa.



SASSNITZ.

Ostseebad auf Rügen.
Prospekte und Auskunft gratis u. franko durch die **Bade-Direktion.**

ANSTALT FÜR WARME BAEDER



Eigenthum der Französischen Regierung. (34) 17—1.

BADE-SAISON.

In der Anstalt VICHY, der besteingerichteten in ganz Europa, sind vorhanden Bäder und Douchen zur Heilung von Magen-, Leber-, Harnblasen-, Harnsalz-, Podagra und anderen Krankheiten.

Täglich vom 15. Mai bis zum 30. September Theater und Concerte im Casino. Musik im Park. Lesecabinetts. Gastzimmer für Damen, Spiel-, Sprechsäle und Billards. Alle Eisenbahnlinien sind mit VICHY verbunden. Frankreich, Departement Allier.

Verlag von FERDINAND ENKE in Stuttgart.

Soeben erschien:

Bade, Dr. P., Die angeborene Hüftgelenksverrenkung. Mit 189 Abbildungen im Text. gr. 8°. 1907, geh. M. 12.—

Brunner, Dr. C. Tuberkulose, Aktinomykose, Syphilis des Magen-Darmkanals. Mit 4 farbigen Tafeln und 32 Abbildungen im Text. gr. 8°. 1907, geh. M. 15.—
(Lieferung 46. der „**Deutschen Chirurgie**", herausg. von E. v. Bergmann u. P. v. Bruns)

Calot, Dr. F. Die Behandlung der tuberkulösen Wirbelsäulenentzündung. Uebersetzt von Dr. **P. Ewald**. Mit 120 Abbildungen und einem Vorwort von Prof. Dr. O. Vulpius. gr. 8°. 1907, geh. M. 3.60.

Forel, Prof. Dr. A., Der Hypnotismus, seine psychologische, psychophysiologische und therapeutische Bedeutung oder die Suggestion und Psychotherapie. Fünfte, umgearbeitete Auflage. gr. 8°. 1907, geh. M. 6.—; in Leinw. geb. M. 7.—

Marcuse, Dr. J., Technik und Methodik der Hydrotherapie. Mit 62 Textabbildungen. gr. 8°. 1907, geh. M. 3.60; in Leinw. geb. M. 4.20.
(Heft 2 der „**Physikalischen Therapie in Einzeldarstellungen**", herausg. von Dr. J. Marcuse und Doz. Dr. A. Strasser.)

Das erste Moorbad der Welt

FRANZENSBAD

besitzt die stärksten Stahlquellen, leichtverdauliche Eisensäuerlinge, alkalische Glaubersalzwässer, Lithionsäuerlinge. Natürliche kohlensäurereichste Stahl, Mineral, Sool- und Strombäder, heilkräftige Moorbäder, Dampf-, Heissluft-, elektrische Wannen- und Lichtbäder, medico-mechanisches Institut, Inhalatorium.

Oesterreichs hervorragendstes Herzheilbad.

Bewährt bei: **Blutarmut, Bleichsucht, Rheumatismus, Gicht, Nervenkrankheiten, Frauenkrankheiten, Herzkrankheiten.**

Saison Mai bis September. *Prospekte gratis.*
(26) 12—3.

SCHLAMM- und SEEBAD

HAPSAL

in Estland. Direkte Eisenbahn- und Dampferverbindung.

Saison vom 20. Mai bis 1. Sept.

Hervorragender Bade- und Luftkurort bei mittlerer Sommertemperatur von 17,9° C. Schlammbäder, Fichtennadel-, Salz-, Alkali-, Eisen- und kohlensaure Bäder. Kaltes Seebad, vorzüglich zur Nachkur; mittlere Meerestemperatur 17,6° R. Orthopädische Anstalt, Massage, Lichtbäder. Grosse Tannen und Fichtenwälder in unmittelbarer Nähe des Kurorts. Mit bestem Erfolge werden geheilt: Alle Formen von Rheumatismus, Gicht, chronische Frauenleiden, Skrophulose, Hautkrankheiten, chronische Knochen- und Gelenkerkrankungen. Ausserordentlich geeignet für alle Erholungsbedürftige und Kinder. Musik, Konzerte, Tanzabende, Segel- und Rudersport. Broschüre und Wohnungsauskunft durch die
(20) 5—3. **Bade-Kommission.**

Adressen von Krankenpflegerinnen:

Frl. Pauline Winkel, Конногвардейскій переулокъ 4, кв. 2.

Herausgeber Dr. Rudolf Wanach. Buchdruckerei v. A. Wienecke Katharinenhofer Pr. № 15.

XXXII. JAHRGANG. ST. PETERSBURGER Neue Folge XXIV. Jahrg.

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Redaktion von

Prof. Dr. Karl Dehio. Dorpat.   Dr. Johannes Krannhals. Riga.

Dr. Rudolf Wanach. St. Petersburg.

Die „St. Petersburger Medizinische Wochenschrift" erscheint jeden Sonnabend.—Der Abonnementspreis ist in Russland 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr inkl. Postzustellung; in den anderen Ländern 20 Mark jährlich, 10 Mark halbjährlich. Der Insertionspreis für die 3mal gespaltene Zeile in Petit ist 20 Kop. oder 45 Pfen.—Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt. —Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.

Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate bittet man ausschliesslich an die Buchhandlung von K. L. Ricker in St. Petersburg, Newsky-Prospekt № 14, zu richten. — Manuskripte sowie alle auf die Redaktion bezüglichen Mitteilungen bittet man an den geschäftsführenden Redakteur Dr. R. Wanach in St. Petersburg, Petersb. Seite, Alexandrowski Pr. 6 zu richten. Sprechst. Dienstag, Donnerstag und Sonnabend 5—6.

№ 18   St. Petersburg, den 5. (18.) Mai.   1907.

Ein Fall von Pubotomie.

(Mit Demonstration der Patientin).

Von

Dr. med. Oscar Busch.

Vortrag, gehalten im Januar 1907 im Aerztlichen Verein zu Riga.

M. H. Im letzten Dezennium ist auf dem Gebiet der Geburtshilfe viel dafür gearbeitet worden, dem Weibe durch Erweiterung der weichen und knöchernen Geburtswege die Geburt zu erleichtern und bei anormalen Beckenverhältnissen für Mutter und Kind zu einem weniger lebensgefährdenden Akt zu gestalten. Zum Zweck der Erweiterung des knöchernen Beckenringes haben sich zwei Methoden herausgebildet, die augenblicklich in Konkurrenz mit einander stehen: Die Symphyseotomie und die Pubotomie, also die Durchtrennung der Symphyse und die Durchtrennung des Schambeins neben dem Tuberkulum pubicum. Letztere Methode scheint den Sieg davon tragen zu sollen, nachdem zuerst Dr. Gigli in Florenz mit Hilfe derselben eine Reihe schwerer Entbindungen erfolgreich ausgeführt hat. Die Professore Döderlein, Walcher und Bumm vervollkommneten die Giglische Methode der Pubotomie, so dass letztere, wie sie heut zu Tage geübt wird nicht nur das Rigorose für den Geburtshelfer, sondern auch die Gefahren für das Weib in beträchtlichem Grade verloren hat. Das Gebiet der Pubotomie ist ein ganz bestimmt abgegrenztes. Wo ein Missverhältnis zwischen der Grösse des kindlichen Schädels und der Weite des mütterlichen Beckeneingangs — bei sonst symmetrischem Becken — besteht welcher durch einen Raumzuwachs von 1—1½ cm. in der Conjugata die Geburt eines lebenden Kindes gewährleistet, da wird in Zukunft die Pubotomie als beckenerweiternde Operation in Frage kommen müssen und in einer Reihe mit der Sectio caesarea aus relativer Indikation und der künstlichen Frühgeburt stehen, während die Perforation des lebenden Kindes in diesem Fall eliminiert werden wird. Damit ist in der Geburtshilfe ein grosser Schritt weiter getan, indem eine nicht geringe Zahl Kinder dem Tode durch die undelikate und jedem Geburtshelfer höchst widerwärtige Entbindungsmethode der Perforation entgeht.

Bei der Wahl der Perforation handelt der Arzt unter Zustimmung der nächsten Angehörigen allein von dem einseitigen Gesichtspunkt einer strikten Lebensabschätzung zu Gunsten der Mutter. Mit Einbürgerung der Pubotomie wird das in den geeigneten Fällen anders werden, indem auch die Mutter im Interesse ihres Kindes einen Einsatz wird wagen müssen, den eine jede wissenschaftlich und erfahrungsgemäs noch so gut garantierte Operation einmal fordert. Besonders wird dies zunächst zu Tage treten in den Ländern, wo wie z. B. in Frankreich und Deutschland mit dem schnellen Niedergang der Geburtenfrequenz das Leben des Kindes bei der Geburt höher bewertet wird, als früher. Die Mortalität der Mütter nach der Pubotomie verspricht in Zukunft bei noch vervollkommneter Technik und spezieller abgegrenzter Indikation eine ganz geringe zu werden.

Die zuletzt im Archiv f. Gyn. von Dr. Hocheisen veröffentlichten 16 Fällen aus der Charité-Abteilung von Prof. Bumm-Berlin sind ohne Todesfall für Mutter und Kind verlaufen; nachher sind noch 20 weitere Fälle aus derselben Abteilung von Dr. Bardeleben beschrieben worden mit einem Todesfall eines Kindes, der auf ungeschickte Assistenz (Luxation der Halswirbelsäule) geschoben wird.

Die Knochendurchtrennung heilt in allen Fällen durch Callusbildung im Laufe von 3—4 Wochen, ohne irgend eine Behinderung im Gebrauche der unteren Extremitäten zu hinterlassen; dagegen ist die Zahl der Weichteilverletzungen in Fällen mit nachfolgender Applikation der hohen Zange besonders bei Erstgebärenden noch eine recht erhebliche. Diese Verletzungen bleiben aber auch bei normalem Becken nach Zangenextraktion am hochstehenden Kopf meist nicht aus, und fallen nach der Pubotomie nicht dieser, sondern der nachfolgenden forcierten Entbindungsmethode zur Last.

Sie sehen hier, meine Herren, die Patientin, bei der ich am 20. Sept. vorigen Jahres die Pubotomie auszuführen genötigt war, ganz ohne Beschwerden stehen und gehen; sie klagt nicht über Beschwerden und kann alle Bewegungen ausführen. Der Uterus liegt in leichter Retroversio und Descensus I. Grades. Das Röntgenbild von der 4. Woche nach der Pubotomie zeigt Ihnen hier, wenn auch nicht sehr deutlich die Lücke im linken Schambein, die damals bereits durch X-Strahlen noch durchlassenden Callus geschlossen war.

Frau D. Russin 26 Jahre alt, Primipara stammt aus Homel. Letzte Menses Mitte Dezember 1905. Pat. hat sich bis zur Geburt wohl gefühlt. Wehenbeginn um 5 Uhr Morgens des 17. Sept. Ich sah Pat. zuerst am 19. um 10 Uhr Abends. Pat. ist klein von Wuchs, Körperlänge 151 Cm. wohlgenährt, Knochenbau kräftig. Erhebliche rhachitische Veränderungen nicht nachweisbar. Abdomen stark vorgewölbt. Hängebauch mittleren Grades. Leichte Lordose der Lendenwirbelsäule. Der Fundus uteri reicht bis 3 Fingerbreit unterhalb des Proc. xyphoid. Die Wehen krampfartig und schmerzhaft folgen sehr schnell hinter einander. Das Abdomen ist — auch in den Wehenpausen — stark gespannt, so dass die kleinen Teile des Kindes nicht palpiert werden können. Die Herztöne des Kindes kräftig und von normaler Frequenz links vom Nabel hörbar. Der Muttermund für 2 Finger erweitert. Die Blase steht. Der Kopf des Kindes hart und gross, ballotiert über dem Beckeneingang. Die Beckenmasse vorne Sp. a. sup. 24 cm. cr. $25^1/_2$ cm. troch. 31 cm. conj. ext. 18 cm. conj. diag. $9^1/_2$ cm. conj. vera $7^1/_2$—8 cm. Die Symphyse und Ossa pubis sind auffallend breit und massig. Das Promontorium nach innen vorspringend. Pat. erhält um $^1/_2$11 Uhr Abends 0.02 Morphium subcutan. Die Wehen sistieren auf 6 Stunden, dann setzen sie ziemlich kräftig und regelmässig wieder ein; aber ohne Erfolg. Um 8 Uhr Nachmittags den 20. Sept., also nach Verlauf von ca. 80 Stunden wird Pat., da absolut kein Fortschritt in der Geburt eingetreten ist in die Klinik übergeführt. Die Temperatur war 37,6. Um 10 Uhr Abends den 20. Sept. Pubotomie in Narkose. Ich machte zuerst einen $1^1/_2$ cm. langen Einschnitt über dem linken tuberc. pubic. weil ich fürchtete, bei rein subkutanem Vorgehen ev. mit der spitzen Bumm schen Nadel nicht leicht über die breite von dickem Fettpolster bedeckte Crista hinüberkommen zu können. Nachher bedauerte ich's nicht ganz nach Prof. Bumm's Vorschlag vorgegangen zu sein d. h. vom unteren Rande des os pubis und vollkommen subkutan. Immerhin hatte mein Vorgehen keinen Nachteil für die Patientin. Die Nadel glitt leicht, hart auf dem Knochen an der hinteren Wand des os pubis hinunter und wurde ca. $1^1/_2$ cm. von der Symphyse entfernt ausserhalb der grossen Labia ausgestochen. Nach Armierung der Nadel mit der Gigli'schen Säge und Durchleitung derselben durch den Wundkanal ging das Sägen sehr glatt und leicht vor sich. Die Knochenenden wichen auf fast 2 Fingerbreit auseinander; aus den Stichöffnungen blutete es unbedeutend. Die Blutung stand auf Tamponade. Die kleine Schnittöffnung oben wurde mit paar Suturen vernäht. Bald nach der Narkose setzten recht kräftige Wehen ein. Die sich vorwölbende Fruchtblase wurde jetzt bei über 4 Finger breit erweitertem Muttermunde gesprengt und der weitere Verlauf der Geburt abgewartet. In dieser Zeit bildete sich ein ziemlich starkes Haematom der linken grossen Labie aus. Die Wehen wurden bald äusserst schmerzhaft. Um 2 Uhr 45 Min. war von der Portio noch ringsum ein ca. Fingerbreiter Saum nach, der Kopf noch über dem Beckeneingang verschiebbar. Ich legte jetzt die Zange an, die Portio liess sich leicht über den Kopf zurückschieben, letzterer folgte aber äusserst schwer; um 3 Uhr 15 Min. wurde ein kräftiger 4125 Grm. schwerer d. i. etwas über 10 russ. Pf. wiegender Knabe geboren. Darau[illegible] des Dammrisses I Grades und eines klei[illegible] Einrisse[illegible]n der Clitoris. Weiter oben links i[illegible]heide e[illegible] noch einen grösseren Riss, der [illegible]ämato[illegible] munizierte; aus dem es aber nicht blutete. Nach Entfernung der Blutcoagula erfolgte Tamponade der Höhle; darauf Beckenverband vermittelst zweier breiter Heftpflasterstreifen. Die Plazenta wurde spontan ausgestossen. Die Masse des Kindes waren folgende: Länge 51 cm. Kopfumfang 37 cm. Mento-occipit. $14^1/_2$ cm. bi-parietal. $10^1/_4$ bi-temporal 9 cm. fronto-occipital 12 cm. verticaler Durchmesser ca. $10^1/_2$ cm. Der Kopf war hart und übertraf mit seinen Massen die durchschittlich als normal geltenden um 1—2 cm. Das knöcherne Becken der Pat. ein allgemein gleichmässig verengtes mit einem nach innen stark vorspringenden Promontorium, durch das der Kopf bei seinem gänzlich ausbleibenden Anpassungsvermögen nicht hindurchtreten konnte. Ein lebendes Kind war also nur mit Hilfe der Pubotomie oder der Sectio caesarea zu erlangen; zu letzterer gab der Mann nur eine bedingte Erlaubnis als ultimum refugium, ausserdem wäre sie wegen vorhergegangenen langdauernden Kreiszeit und der recht zahlreichen Untersuchungen weniger empfehlenswert gewesen. Das Wochenbett verlief ohne beunruhigende Störungen. Die höchste Temperatur reichte bis 38.8 Grad der Puls 106 Schläge. Pat. stillte ihr Kind selbst. Am 2. Tage entleerte sich aus der vagina erst tropfenweis leicht blutig gefärbter Urin, dann in den folgenden Tagen reichliche Mengen ohne blutige Verfärbung. Da ich eine genauere Inspektion in dieser Zeit vermeiden wollte, habe ich den Ort der Blasenläsion nicht feststellen können, denn nach Einführung des Skene'schen Pferdefuss-Katheders entleerte sich sehr bald die ganze Harnmenge durch diesen, war klar und von normaler Farbe. Auch die seitliche Risswunde in der Vagina heilte schnell nach mehrmaligem Tamponwechsel. Die anfangs fühlbare Delle zwischen beiden Knochenenden des Schambeins füllte sich bald und war fast gar nicht empfindlich.

Am 22. Oktober d. i. nach Verlauf eines Monats verliess Pat. das Bett und konnte schon am nächsten Tage ohne Beschwerden einige Schritte im Zimmer gehen. Bei der cystoskopischen Untersuchung liess sich nirgend eine Narbe nachweisen; aus beiden Ureterenmündungen entleerte sich der Urin in normaler Weise. Am 31. Okt. wurde Pat. entlassen. Die Beckenmasse glichen jetzt den Massen vor der Geburt. Damit kommt bei der nächsten Entbindung voraussichtlich wieder die Pubotomie oder die Sectio cesarea in Frage, falls die Einleitung der künstlichen Frühgeburt nicht in Anspruch genommen wird. Zwei Mal an ein- und derselben Patientin ist die Pubotomie von Dr. Preller im Wöchnerinnenasyl zu Mannheim mit Erfolg ausgeführt worden[1]).

Auf einen Umstand will ich noch aufmerksem machen, der event. geeignet wäre, die Gefahr der Blasenverletzungen bei der Pubotomie zu vermeiden. Bekanntlich liegt die Blase bei der Schwangeren auch in ungefülltem Zustande meist der Symphyse hart an. Um nun ein Anstechen derselben durch die Bummsche Führungsnadel sicherer zu vermeiden, glaube ich empfehlen zu können, die Pat. vor dem Einstich der Nadel auf die entgegengesetzte Seite zu lagern, da anzunehmen ist, dass der schwere gravide Uterus die Blase mit sich ziehen und dadurch aus dem Bereich der Führungsnadel bringen wird. Der Meinung Zangemeisters[2]) und anderer Autoren, die Pubotomie wegen ihrer leichten und einfachen Technik unter Umständen auch der geburtshilflichen Hauspraxis zu überlassen, möchte ich beistimmen, soweit geübte Geburtshelfer in Betracht kommen und ihnen das nötige Instrumentarium und Assistenz zur Verfügung stehen.

Bei den im Allgemeinen sehr günstigen Beckenverhältnissen der Frauen in Riga und den Ostseeprovinzen dürfte sich voraussichtlich keine sehr grosse Reihe dieser ersten hier ausgeführten Pubotomie anschliessen.

---

[1]) Zentralbl. f. Gyn. 1907. Nr. 2.

[2]) Zentralbl. f. Gyn. 1906. Nr. 46.

Mitteilungen aus der Gesellschaft praktischer Aerzte zu Riga.

Sitzung vom 15. November 1906.

Anwesend 49 Mitglieder und 10 Gäste, die DDr. Andreas, Loppenowe, Holdt, Segren, Cossard, Pinker, Maximowitsch, Pacht, Jankowsky, Mende.

Das Protokoll der letzten Sitzung wird verlesen und angenommen.

Punkt I der Tagesordnung: Dr. Paul Klemm demonstriert ein Kind, das er wegen Lungengangrän operiert, bemerkenswert ist, dass sich die schwere Difformität des Thorax in relativ kurzer Zeit gut ausgeglichen. Ferner einen Knaben, der durch Ueberfahren eine Zertrümmerung des Fusses erlitten hatte, hier habe er trotzdem das konservative Verfahren eingeleitet und so dem Knaben den Fuss gerettet, der Fuss ist stark verkürzt, da wie das Röntgenbild zeigt Talus und die peripher gelegenen Fusswurzelknochen fehlen, der Junge geht aber gut und kann sogar seine Zehen bewegen.

Punkt II der Tagesordnung. Dr. Poorten demonstriert ein Präparat eines primären Tubenkarzinoms das er durch eine abdominale Totalextirpation entfernt hat.

Punkt III der Tagesordnung: Dr. von Krüdener hält seinen angekündigten Vortrag über die Pathologie und Therapie der Stauungspapille — die Diskussion wird vertagt.

Die Arbeit ist erschienen in «von Graefe's Archiv für Ophtalmologie LXV. Band 1. 1906,

Die Lehre von der Stauungspapille hat in letzter Zeit gewisse Erweiterungen erhalten dank den Errungenschaften der Hirnchirurgie und dem Fortschritt, den die Lehre vom Hirndruck gemacht hat. Erst aus der Eliminierung des Hirndruckes können wir uns über seinen Einfluss zum Zustandekommen der Stauungspapille klar werden. An einer Reihe von Patienten, welche zum Teil wegen Hirntumoren, zum Teil aus andern Ursachen trepaniert wurden, konnte die Art und Weise des Zurückgehens der Papillenschwellung genau verfolgt werden. Ferner konnte an einem grösseren Material durch Lumbalpunktionen nachgewiesen werden, dass eine direkte Beeinflussung nur bei der syphilitischen Stauungspapille zu verzeichnen war. Es werden hierauf die Indikationen besprochen, welche den Eingriff einer durckerleichternden Trepanation, oder des Vornehmen der Lumbalpunktion rechtfertigen. Unter den anatomisch untersuchten Fällen befindet sich ein Fall von Cysticercus im IV. Ventrikel bei welchem eine Stauungspapille ohne Entzündungerscheinungen entstanden war. Bei einem weiteren Falle wurde ein Hirntumor entfernt und die Papillenschwellung ging zurück, obschon sich eine sulzige Meningitis etablierte, welche Chiasma und Sehnerven mit einem dicken Exsudat umgab. Die Stauungspapille lässt sich generell bei Hirntumoren einteilen in solche Fälle, welche auf Grund erstens des allgemeinen Hirndruckes entstehen (Liquorstauung im Bergmannschen Sinn) und zweitens in solche, welche durch lokalen Hirndruck hervorgerufen werden, durch mehr venöse Stauung, lokalen Hirndruck, Kompression der Sinus und des Venensystems. Eine Sonderstellung nimmt die Stauungspapille bei Hydrocephalus ein, und ist hier gleichfalls zum Teil durch erhöhten intraduralen Druck zu erklären, zum Teil auch durch Entzündungserscheinungen. Ferner giebt es eine Gruppe der Stauungspapille, welche rein entzündlicher Natur ist, Lues, periphere Prozesse etc. Eine Form der Erhebung des Papillenbodens, welche mit Entzündung nichts zu tun hat, Jahre lang einseitig bleiben kann, findet sich bei Carotis-Aneurysma.

(Autoreferat).

d. Z. Sekretär: Dr. R. von Sengbusch.

Auszug aus den Protokollen der Gesellschaft praktischer Aerzte zu Libau.

Sitzung vom 7. Dezember 1906.

1. Zoepffel stellt einen Pat. vor, der an einer akuten Herzerweiterung infolge eines elektrischen Trauma erkrankte. Pat. ist Conducteur an der hiesigen elektrischen Strassenbahn und war vor seinem Unfall ganz gesund. Am 9. Mai d. J. ergriff er mit beiden nicht behandschuhten und wohl infolge des an diesem Tage herrschenden Regenwetters feuchten Händen den von Dieben böswillig durchschnittenen Leitungsdraht an dem mit der Zentrale verbundenen zur Erde herunterhängenden Ende desselben. Er erhielt einen gewaltigen Schlag und wurde circa $1/2$ Stunde später in halb bewusstlosem Zustande zum Referenten gebracht.

Der Befund war folgender: Pat. ist von fahler Gesichtsfarbe, Lippen und Nase zyanotisch, Dyspnoe und Vernichtungsgefühl ausgeprägt. Alle Finger beider Hände schwärzlich blau verfärbt, kalt, beide Hände und Vorderarme bis zum Ellenbogen zyanotisch.

Totale Anästhesie und Analgesie beiderseits an den verfärbten Partien. An der dorsalen Fläche der linken Hand mehrere oberflächliche Brandwunden. Aktive Bewegungen in den Hand- und Fingergelenken nur mit grosser Mühe möglich. Rohe Kraft in ihnen gleich 0. — Enorme Pulsation über der ganzen Herzgegend und dem Epigastrium.

Herzgrenzen: oben unterer Rand der III. Rippe, rechts linker Sternalrand, links vordere Axillarlinie. Ueber allen Ostien laute Geräusche hörbar.

Unter der üblichen Behandlung besserte sich der Zustand des Pat. soweit, als sich die Zirkulations- und Innervations-Störungen in beiden Armen und Händen bis auf eine totale Anästhesie der linken Hand zurückbildeten. Die Herzgrenzen sind jetzt: oberer Rand der IV. Rippe, linker Sternalrand und links zweifingerbreit ausserhalb der Mammillarlinie, wo auch der Iktus im VI. Interkostalraum sicht- und fühlbar ist. Doch ist noch ein deutliches systolisches Geräusch an der Mitralis zu konstatieren.

Die mehrfach vorgenommene Untersuchung des Urins ergiebt im zentrifugierten Urin spärliche hyaline Zylinder und zuweilen nach stärkeren körperlichen Anstrengungen auch ganz vereinzelte Epithelzylinder.

Pat. ist vor dem Unfall, wie bereits erwähnt, mehrfach bei interkurrenten Erkrankungen vom Kollegen Lackschewitz und vom Redner behandelt worden, wobei in specie Herz und Nieren nicht erkrankt waren. Pat. leugnet auch, früher Malaria, Rheumatismus, Scharlach oder Syphilis gehabt zu haben und will bis auf gelegentliche leichtere Erkrankungen immer gesund gewesen sein.

Vortragender hat in der ihm zugänglichen Literatur eine Beschreibung eines Falles von akuter Herzdilatation nach elektrischem Trauma nicht finden können und lässt die Frage offen, ob Letzteres oder der damit verbundene Schreck das ursächliche Moment gewesen ist.

(Autoreferat).

2. Ischreyt stellt einen Fall von Fremdkörperverletzung der Linse vor. Es handelt sich um einen 34-jährigen Arbeiter, der die Verletzung durch einen abspringenden Metallsplitter erlitten haben will, als er Reifen auf eine Tonne aufschlug. Bei der ersten Untersuchung am 4. Oktober 1906, einen Tag nach der Verletzung, fand sich links etwas oberflächlich der Mitte eine perforierende grau infiltrierte, kleine Corneawunde und an entsprechender Stelle eine Linsenkapselwunde, die mit dem Irisrande verklebt war. Die Vorderkammer normal tief. Die Linse so stark getrübt, dass der Fundus oculi nicht erkennbar ist. Nach Erweiterung der Pupille bleibt die Synechie bestehn; der Fundus giebt nur ganz peripher einen roten Reflex. Schutzverband, Atropin und Dioninelnträufelungen. — Am 9. Oktober hat sich die Linse teilweise aufgehellt, so dass nun der Fundus sichtbar wird; die Papille scheint normal zu sein.

Am 11. Oktober treten etwas gequollene Linsenmassen blasenförmig aus der Wunde, resorbieren sich aber in den darauf folgenden Tagen. — 17. Oktober die Linse hat sich noch mehr aufgehellt; man sieht jetzt in ihren hinteren Schichten zwei kleine, plättchenförmige Fremdkörper, die das auffallende Licht stark goldig reflektieren. Der Irisrand ist mit der Linsenwunde verklebt. In der Iris erblickt man, ca. 1 mm. nach innen vom Pupillenrande, eine perforierende Oeffnung; weder von ihr, noch von der am Irisrande liegenden Kapselwunde ziehen Trübungen zu den Fremdkörpern; das dazwischen liegende Linsengewebe ist völlig klar; blos die Fremdkörper selbst sind von einem durchsichtigen grauen Hofe umgeben. Eine Senkung der Fremdkörper hat nicht stattgefunden. Ophthalmoskopisch nichts besonderes. Augen reiz- und schmerzlos. Seitdem habe ich den Patienten nicht mehr gesehen, da er als politisch verdächtig eingezogen wurde.

Bei der Epikrise muss zunächst die Frage aufgeworfen werden, wie die Verletzung zustande gekommen sei. Der Hergang, wie ihn der Patient schildert, ist wohl nur dem Wunsche nach einer Entschädigung entsprungen; die Art der Arbeit lässt es als unwahrscheinlich erscheinen, dass ein Fremdkörper mit solcheiner Gewalt die Hornhaut perforiert hätte. In der Tat lagen Verdachtmomente vor, dass die Verletzung

infolge der Explosion einer Patrone entstanden sei und auch der objektive Befund würde hierfür sprechen, insofern als die Fremdkörper das Aussehen von Pistonstückchen hatten.

Eine zweite Frage von Interesse ist die Art der Verletzung. Wie wir sehen, fanden sich in dem Pupillengebiet der Cornea und in der Linsenkapsel je eine kleine Wunde, während die Iris weiter temporal eine Oeffnung bemerken liess. Es liegen hier nun folgende zwei Möglichkeiten vor: entweder drangen die beiden Fremdkörper, nachdem sie die Cornea auf demselben Wege passiert hatten, an zwei verschiedenen Stellen in die Linse (entsprechend der sichtbaren Kapselwunde und der Iriswunde), oder aber sie perforierten die Linsenkapsel bei stark verengter Pupille an der einen im Pupillengebiet liegenden Stelle und schlugen erst dann verschiedene Wege ein. Mir scheint das erstere wahrscheinlicher, da man sonst auf Grund der vorliegenden Verhältnisse eine ganz ungewöhnlich starke Miosis während der Verletzung annehmen müsste; andernfalls wäre aber eine Conicidenz der Iriswunde mit der pupillären Kapselwunde undenkbar. Zum Schluss weise ich noch darauf hin, dass die Kataraktbildung durch Verstopfung der Kapselwunde mit Irisgewebe zum Stillstande kam und die Linse, die anfangs sehr stark getrübt war, eine sehr beträchtliche Aufhellung erfuhr.

Schmähmann fragt, welche Therapie der Referent hier einzuschlagen gedenkt.

Ischreyt erwidert darauf, dass man sich in diesem Falle zunächst abwartend verhalten müsse, da es nicht ausgeschlossen sei, dass die Fremdkörper reizlos einheilten. Entsprechend einigen Fällen in der Litteratur könne sogar ein Rest des Sehvermögens erhalten bleiben. Sollte aber in Zukunft die Ausbildung der Katarakt weiter bis zur Vernichtung des Visus fortschreiten und vielleicht ein Reizzustand sich entwickeln, wäre der Versuch zu machen die Linse mit den Fremdkörpern zu extrahieren.

3. Zoepffel berichtet unter Demonstration mikroskopischer Präparate über einen von ihm letztens beobachteten interessanten Fall von Molluscum contagiosum bei einem Bluter. — Pat. jüdischer Herkunft, 28 a. n., aus einer Bluterfamilie stammend, wurde Vortragendem als syphilisverdächtig zugewiesen. In der Tat ähnelte das Exanthem überaus einem papulösen Syphilid, umsomehr, als es sehr verbreitet Gesicht, Thorax, beide Ober- und Unterschenkel einnahm und auch allg. Drüsenschwellungen und eine Pharyngitis (Raucherkatarrh!) nachweisbar waren. Die kleinen etwa hirsekorngrossen Efflorescenzen waren von einem breiten roten Hof umgeben und sahen dadurch dunkelgefärbt aus, dass sich, wohl in Folge mechan. Insulte geringfügige Blutaustritte unter ihnen gebildet hatten.

Pat. wollte sich anfangs aus Furcht vor grösseren Blutungen nicht dazu verstehen, dass ihm behufs mikroskop. Untersuchung eine oder mehrere Efflorescenzen mit dem scharfen Löffel entfernt wurden und bat, weil er sich demnächst verheiraten wollte, «Sicherheits halber» um eine spezifische Kur. Er liess erst, als nach 5 Injekt. von Hg. salicyl. keinerlei Veränderungen des Exanthems zu konstatieren waren, an sich die kleine Manipulation, die allerdings von starken Blutungen gefolgt war, vornehmen. Die mikr. Untersuchung ergab denn auch die charakteristischen gelben hellglänzenden ovalen Molluscum-Körperchen.

Redner weist darauf hin, dass über den Ursprung des Molluscum contagiosum die Ansichten der Forscher geteilte seien: Bollinger und Neisser haben in ihnen Parasiten (Protozoen) gefunden, so dass Letzterer die Körperchen für in toto verhornte kernresthaltige mit den Parasiten angefüllte Epithelzellen hält; Andere z. B. Unna fassen sie als Zelldegenerationen der Stachelschicht der Epidermis auf, Virchow als Degenerationsprodukte der Haarfollikel. Tatsache ist jedenfalls, dass Haab und Fick Impfungen mit dem Molluscum-Inhalt auf einen Prurigo-Kranken angestellt haben, die positiv ausfielen, dass zuweilen mehrere Familienglieder gleichzeitig oder nach einander erkranken und dass Säuglinge von ihren mit Molluscum contagiosum behafteten Ammen das Leiden acquirierten.

(Autoreferat).

In der Diskussion hebt Ischreyt die Seltenheit des Molluscum contagiosum hervor. Unter mehr als 10,000 Augenpatienten in Libau hätte er keinen Fall zu sehen bekommen, obgleich die Lider bekannter Weise relativ fast am häufigsten befallen würden. Für die Infektiosität des Leidens sprechen ausser den vom Vortragenden genannten Gründen auch der Umstand, dass sehr häufig gegenüberliegende Stellen der Lider erkrankten. Auch von Seiten der Ophthalmologen sind pathologisch-anatomische Untersuchungen angestellt worden, z. B. von Mütze (unter Leitung von Uhthoff). Derselbe kommt in seiner Arbeit zu dem Schluss, dass die sog. Molluscumkörperchen keine Parasiten, sondern degenerierte Epithelzellen seien.

Prissmann bestätigt gleichfalls die grosse Seltenheit des Leidens: er hat in Libau bisher nur einen Fall beobachten können.

4. Brehm referiert über einen Fall von sehr grosser Hydrocele bilocularis. Der betreff. Mann litt seit 13 Jahren an einer Hydrocele und einer kleinen Hernie auf der rechten Seite, hatte keine wesentlichen Beschwerden. Seit einigen Wochen Schmerzen in der Leistengegend und im Unterbauch rechts, Unmöglichkeit das rechte Bein zu strecken, sonst keine Beschwerden. Die Untersuchung ergab im Unterbauch rechts eine gut-melonengrosse, kugelige, fluktuierende Geschwulst, die sich seitlich bewegen liess, aber gar nicht emporheben. Sie glich durchaus einer typischen Ovarialzyste. Ausserdem bestand rechts eine kleine Hernie und eine grosse Hydrocele, die nach oben hin einen breiten Stiel zu haben schien. Der Fall lag diagnostisch nicht so ganz einfach, immerhin war es doch möglich mit ziemlicher Sicherheit die Diagnose zu stellen. Wie war der zystische Tumor aufzufassen? Es giebt Zysten welche im Anschluss an Appendizitis im Wurmfortsatz entstehen und bedeutende Grösse erreichen können, Ref. sah eine solche von Faustgrösse, welche Dr. A. v. Bergmann operierte. Hier konnte man eine solche Zyste wohl sicher ausschliessen, denn erstens fehlte jegliche appendizitische Anamnese, zweitens war der Tumor keineswegs in der Blinddarmgegend fixiert, sondern unten. Ebenso konnte man sicher eine Hydronephrose ausschliessen, der Harn war quantitativ und qualitativ normal, der Tumor liess sich absolut nicht in die Lumbalgegend reponieren. Endlich hätte man noch an eine abgesackte Bauchfelltuberkulose denken können, doch erschien der Tumor dazu zu beweglich, die Anamnese ergab auch keine Anhaltspunkte dafür. Das Wahrscheinlichste blieb, einen Zusammenhang zwischen der Hydrocele testis und dem Tumor anzunehmen. Eine echte Hydrocele communicans lag sicherlich nicht vor, denn bei derselben gelingt es wenigstens einen Teil der Hydroceleflüssigkeit in die Bauchhöhle zu drücken aus dem Scrotum und in der Bauchhöhle sammelt sie sich wie ein gewöhnliches, freies Exsudat am tiefsten Punkt, nicht aber in einem abgekapselten Tumor. Eine Hydrocele communicans ist ja eine echte offene Hernie, die Kommunikation mit der Peritonealhöhle ist eine echte Bruchpforte, — das war hier nicht der Fall; die echte Bruchpforte entsprach hier der Peritonealöffnung der alten kleinen Hernie. Man müsste also hier eine sogenannte Hydrocele bilocularis annehmen, wie sie von Volkmann, Kocher und anderen beschrieben worden sind. Es handelt sich da um echte Hydrocelen, deren einer Abschnitt intraabdominal liegt, während der andere sich im Scrotum ausbreitet. Sie hängen dann in der Inguinalgegend mit einander zusammen durch eine falsche Bruchpforte, denn dieselbe führt ja nicht in die Bauchhöhle. Erklärt wird das Entstehen dieser biloculären Hydrocelen dadurch, dass von vorneherein neben der Hydrocele testis eine solche das Funiculus spermat. besteht, — der Prozessus vaginal. ist nur oben am Peritonealsack verwachsen. Wenn nun eine solche Hydrocele aus irgend einem Grunde zu wachsen beginnt, kann sie leicht nach oben hin den Bauchfellsack vor sich herschieben und sich nun schrankenlos im Bauchraum ausbreiten. Ein derartiger Zusammenhang der abdominalen Geschwulst mit der Hydrocele wurde im vorliegenden Fall angenommen und dementsprechend ein Inguinalschnitt gemacht wie zur Hernienoperation. Der Befund bei der Operation bestätigte die Diagnose: als der Hydrocelensack im Scrotum angeschnitten wurde strömte eine kolossale Masse Flüssigkeit ab und der Bauch fiel ganz tief zusammen. Die Kommunikation zwischen beiden Säcken war für ca. 1 Finger durchgängig. Die Exstirpation des ganzen Sackes war nicht ganz leicht, da derselbe stellenweise stark verdickt, knorpelhart und mit der Umgebung fest verwachsen war. Zum Schluss wurde noch die Hernie nach Bassini operiert. Der Verlauf ist reaktionslos.

(Autoreferat).

5. Braun hält seinen Vortrag über «Milchfälschung und Milchkontrolle». (Soll im Wortlaut veröffentlicht werden).

6. Mag. Siew erstattet einen Bericht über seine sanitäts-hygieinischen Untersuchungen der Nahrungs- und Genussmittel im Laufe der Jahre 1904, 1905 und 1906. (Soll gleichfalls im Wortlaut veröffentlicht werden).

Präses: Prissmann.
Sekretär: Ischreyt.

Protokoll der Sitzung des Illuxt'schen Aerztevereins

am 3. November 1906.

1. Dr. Jürgensohn berichtet über die Erfahrungen, die er während einer Abkommandierung im Sommer a. c. zu schulhygienischen Zwecken gemacht hat. Er hat in Hamburg und Newcastle gearbeitet. Nachdem Vortragender einen Ueberblick über den augenblicklichen Stand der Schulhygiene- und Schularztfrage im Auslande und spez. in Deutschland gegeben und den modernen Schulbau besprochen hat, behandelt er besonders die Scharlachserumfrage. Er hat in seinem Bericht ans Ministerium zum Teil dieselben Vorschläge gemacht, die er schon während der Scharlachepidemie in Riga i. J. 1905 in einer Kontroverse zum Ausdruck gebracht hatte. Da die Scharlacherreger jedenfalls nicht einheitlich sind, daher im speziellen Fall nur dasjenige Serum wirken wird, das möglichst viele der mitwirkenden Streptokokkenformen enthält, so ist das polyvalenteste selbstverständlich das beste. Ideal würde die Frage gelöst sein, wenn für jeden Rayon, wo mehr oder weniger dieselben Arten vorkommen, eine Impfstation hergestellt werden würde, die für diesen Bezirk das Serum liefern müsste, das alle Arten enthaltend auch bestimmt wirken würde. Ref. hat in seinem Bericht die Vorschläge auf Grundlage dieser Erwägungen formuliert.

Für Dwinsk scheint das Bujvidsche Serum in Krakau entsprechend zu sein, doch hat Ref. bemerkt, dass er während der diesjährigen Epidemie immer die doppelte Dosis im Vergleich zur vorigjährigen hat brauchen müssen.

(Autoreferat).

2. Dr. Vierhuff berichtet über einen Fall von Schrotschussverletzung des Schädels: Zwei Brüder P., die mit Fällen eines Baumes beschäftigt waren, wurden aus der Entfernung von 60 bis 70 Schritt aus dem Dickicht beschossen mit zwei Schrotschüssen, fielen beide hin; Stanislaus P. hatte 5 ungefährliche Schrote, Iwan P. war nur von einem Schrot getroffen worden und zwar befand sich die Einschussöffnung etwa 3 fingerbreit oberhalb bes rechten Ohres an der Grenze des Scheitel- und Stirnbeins. Status am Tage nach der Verletzung: Kräftiger, junger Mensch, auffallend blass, Puls c. 100, Temperatur 36,8, kann nur liegen, beim Sitzen stellt sich gleich Schwindel, Uebelkeit und Erbrechen ein. Zur Operation entschliesst er sich erst nach 12 Tagen; nach Blosslegung des Scheitelbeins wird eine Impression von der Grösse eines silbernen 5-Kop. Stückes sichtbar, der rundliche Knochensplitter ist quer durchgebrochen, so dass er nach Abmeisselung eines Teiles des Knochenrandes herausgehoben werden kann. Die Dura ist unverletzt, das Schrot ist nicht zu finden. ungestörte Rekonvaleszenz, Schwindel und Uebelkeit verschwinden, nur der Puls bleibt noch einige Tage beschleunigt.

(Autoreferat).

Sekretär: Dr. Rippe.

Tagesnachrichten.

Personalia.

— Der bekannte Münchener Gynäkologe Prof. Dr. Franz v. Winckel, der am 5. Juni n. St. sein 70. Lebensjahr vollendet, tritt, wie aus München gemeldet wird, mit dem Schluss dieses Semesters von seinem Lehramt und von der Direktion der Münchener Universitäts-Frauenklinik zurück.

— Die ausserordentlichen Professoren der Charkower Universität Dr. Barabaschew und Dr. Kurajew sind zu ordentlichen Professoren ernannt worden, ersterer auf dem Lehrstuhl der Augenheilkunde, der zweite auf dem der medizinischen Chemie.

— Das 30-jährige Jubiläum seiner ärztlichen Tätigkeit beging im Februar-Monat der ältere Arzt des Krankenhauses des Kollegiums der allgemeinen Fürsorge in Orenburg Dr. Mendel Königsberg. Zum Andenken an diesen Tag ist von den Freunden und Verehrern des Jubilars, der sich grosse Verdienste um die Einrichtung von Sanatorien und Krippen für Kinder, sowie eines medikostatistischen Bureaus in Orenburg erworben hat, ein Gratisbett auf seinen Namen an dem obengenannten Krankenhause gestiftet worden. Der Jubilar ist 11 Jahre Vizepräsident und in den letzten 12 Jahren Präsident der Orenburger physiko-medizinischen Gesellschaft gewesen.

(R. Wr.).

— Befördert: zu wirklichen Staatsräten — der Oberarzt des St. Petersb. Börsen-Barackenhospitals, Ehrenleibchirurg Dr. Dombrowski; der Gehülfe des Oberarztes des Marinehospitals in Kronstadt Dr. Dobrotworski; der Okulist des Kronstädter Hafens Dr. Medwjedew und der Konsultant der St. Petersburger Anstalten des Ressorts der Kaiserin Maria Dr. Gagarin.

— Ordensverleihungen: Der St. Wlaidimirorden III. Klasse — den Konsultanten der St. Petersb. Anstalten des Ressorts der Kaiserin Maria Dr. Sswijasheninow und Dr. Tschelzow sowie dem Medizinalinspektor des Küstengebiets Dr. J. Blonski.

— An der Charkower Universität haben in der medizinischen Fakultät als Privatdozenten die Venia legendi erhalten: Dr. K. Jakuschewitsch für innere Krankheiten, Dr. S. Petin — für Histologie und Dr. K. Jelenewski — für pathologische Anatomie.

Nekrologe:

— Verstorben sind: 1) Am 20. April in Odessa der frühere ältere Ordinator am St. Petersburger Semenowschen Militärhospital, Ehrenleibmedikus Dr. Michael Lebedew im 62. Lebensjahre. Die ärztliche Tätigkeit hat der Verstorbene seit 1870 ausgeübt. Er war auch Ehrenmitglied der Pokrowschen Gemeinschaft barmherziger Schwestern in St. Petersburg. 2) Am 25. April auf der Station «Dnjestr» der Arzt der Odessaer Wasserleitung Dr. Simon Karamanenko im Alter von 60 Jahren. Er war viele Jahre Landschaftsarzt und genoss den Ruf eines geschickten Arztes und guten Kameraden. In letzter Zeit beschäftigte er sich viel mit Studien über die Anwendung des Lichtes und des Radiums zu Heilzwecken. 3) In Grosny (Terekgebiet) im 50. Lebensjahre der dortige Stadtarzt Dr. Johann Martynow. Er ist am 12. April in seiner Wohnung ermordet worden. Seine ärztliche Tätigkeit hatte er i. J. 1870 begonnen. 4) In Jalta, wo er zum Kurgebrauch sich aufhielt, der langjährige Ordinator der Marienabteilung des Odessaer Stadthospitals Dr. Johann Jurewitsch im 52. Lebensjahre nach mehr als 25-jähriger ärztlicher Tätigkeit. 5) Der jüngere Arzt des Kaschiraschen Inf.-Reg. Sergius Blumenau im 30. Lebensjahre. Die Venia practicandi hatte er im Jahre 1902 erlangt. 6) In Tübingen der Senior der dortigen medizinischen Fakultät, Prof. ord. Dr. Theodor v. Jürgensen, Vorstand der medizinischen Poliklinik und des pharmakologischen Instituts, im vor Kurzem vollendeten 67. Lebensjahre. Der Hingeschiedene, welcher im Jahre 1863 zum Dr. med. promoviert wurde, hat seit 1873 in Tübingen als Universitätslehrer gewirkt und ist in dieser Zeit auch vielfach literärisch hervorgetreten. 7) In Paris am 1. Mai n. St. der bekannte Chirurg Professor Dr. Poirier. 8) Aus Mentone kommt die Nachricht, dass der hier in weiteren Kreisen bekannte ehemalige St. Petersburger Arzt Dr. William Higginbotham, Ehrenmitglied der beiden hiesigen deutschen ärztlichen Vereine, am 26. April (9. Mai) im Alter von mehr als 94½ Jahren verschieden ist. Einen ausführlichen Nekrolog bringen wir in der nächsten Nummer.

Von Universitäten und med. Instituten.

— Durch das Hinscheiden Prof. E. v. Bergmanns ist eine grosse Bewegung unter den Inhabern der chirurgischen Lehrstühle an den deutschen Universitäten entstanden. Für Bonn ist durch den Breslauer Professor Garré, wie bereits mitgeteilt, Ersatz des Prof. Bier beschafft. Nun gilt es aber den Breslauer Lehrstuhl neu zu besetzen. Hierbei sollen in erster Linie Professor Lexer in Königsberg und der bisherige erste Breslauer Assistent Garrés, Oberarzt Dr. Anschütz in Aussicht genommen sein. — Was die Umwälzungen in der Berliner chirurg. Klinik durch die Massnahmen des Prof. Bier gegenüber den Bergmannschen Assistenten anbelangt, so haben sie die in manchen Kreisen bereits bestehende Verbitterung noch gesteigert. Von den bisherigen 7 Assistenten ist nur ein der Klinik zukommandierter Stabsarzt in seiner Stellung verblieben und ausserdem ein Volontärarzt. Der bisherige erste Assistenzarzt und interimistische Leiter der Klinik Prof. Borchardt geht zum Virchow-Krankenhause über, wo er die Leitung einer chirurgischen Abteilung übernimmt.

— Schliessung der militär-medizinischen Akademie. Die Akademie war am 30. April auf Anordnung des Kriegsministers wieder eröffnet worden und es sollten die Vorlesungen und praktischen Beschäftigungen in den nächsten Tagen beginnen. Mit Ausnahme einer geringen Anzahl, setzten die Studenten aber den Streik fort. Auf einem von dem studentischen Seniorenrat berufenen Meeting, zu dem sich kaum 70 Studenten (darunter noch viele relegierte) eingefunden hatten, wurde sodann am 2. Mai beschlossen, die Obstruktion gegen diejenigen Kommilitonen zu eröffnen, welche sich dem Staatsexamen unterziehen. Eine Gruppe von ca. 20 Studenten drang auch sogleich mit Gewalt in das chirurgische Museum wo gerade das Examen in der Anatomie stattfand, und zwang durch Anwendung von Schwefelwasserstoff das Examen zu unterbrechen. Da die Obstruktionisten auch die Vorlesungen in dem Gebäude für Naturwissenschaften zu verhindern suchten, so wurde eine Polizeiabteilung requiriert und der Zugang zu den Gebäuden der Akademie den Studenten verboten. Nach Rücksprache des Chefs der Akademie mit dem Kriegsminister wurde folgende Bekanntmachung ausgehängt: «In Anbetracht dessen, dass die Vorlesungen in der Akademie nach ihrer Wiedereröffnung fast garnicht von den Studenten besucht wurden, hat der Kriegsminister befohlen, die Akademie bis zum Herbst zu schliessen».

— An der Odessaer Universität ist auf Verfügung des Ministers der Volksaufklärung die Studentenorganisation, welche sich «Zentralorgan der Neurussischen Universität» nennt, endlich aufgehoben worden. Der Rektor hat die Versammlungen der Mitglieder dieser Genossenschaft in dem ihr bisher zugewiesenen Raume verboten und erklärt, dass die Administration der Universität sich in keinerlei Verhandlungen mit ihnen einlassen werde. Das Zentralkomitee der Studenten hat darauf in dreister Weise geantwortet, dass es beschlossen hat, die Verfügung des Ministers zu ignorieren, da das Komitee seine Vollmachten nur auf Verlangen der Studentenschaft niederlegen könne.

— Prof. Wagenmann (Jena) wird, wie neuerdings verlautet, dem Rufe an die Universität Strassburg als Nachfolger Prof. Laqueurs auf dem Lehrstuhl der Augenheilkunde nicht Folge leisten.

Standesangelegenheiten.

— Die Leitung von Zahnheilanstalten. In einer von dem Medizinalrat am 17. Oktober 1906 gegebenen Erläuterung zu dem Gesetz vom 16. Juni 1903, betreffend die Eröffnung von Zahnheilanstalten, war gesagt worden, dass Zahnärzte nur Gründer, nicht aber Leiter von Zahnheilanstalten sein dürfen und dass solche Heilanstalten nur von Aerzten geleitet werden dürfen, die mindestens eine dreijährige Praxis gehabt haben und die von der Medizinalverwaltung als «genügend speziell hierfür vorbereitet» anerkannt werden. Jetzt hat der Medizinalrat, unter Abänderung dieser Verordnung, es für möglich erachtet, die Leitung von Zahnheilanstalten allen Aerzten zu gestatten, die eine dreijährige ärztliche Praxis hinter sich haben, ohne die Forderung einer «speziellen Vorbereitung» an sie zu stellen.

— Bezüglich der Zulassung von Aerzten mit ausländischen Diplomen zur Arztprüfung an russischen Universitäten erfährt die hiesige Zeitung «Towarischtsch», dass der Minister der Volksaufklärung an die Kuratoren der Lehrbezirke ein Rundschreiben gerichtet hat, in welchem er mitteilt, er hätte erfahren, dass einige Universitäten von sich aus Personen, die im Besitz eines ausländischen Doktordiploms sind, zu den Prüfungen an den medizinischen Prüfungskommissionen zulassen, was ungesetzlich sei, da nach dem Art. 479 des IX. Bandes des Gesetzbuches diese Erlaubnis ausschliesslich vom Minister der Volksaufklärung abhänge.

— Der bekannte Psychiater Prof. emer. Dr. Paul Kowalewski (St. Petersburg) ist, wie die Tagesblätter berichten, wegen Gotteslästerung (кощунство) angeklagt. Anlass zu dieser Anklage hat eine kürzlich von Prof. Kowalewski unter dem Titel «Die Bibel und die Sittlichkeit» verfasste Broschüre gegeben, in der die sittlich-religiöse Erziehung der Jugend behandelt wird. Auf Verfügung des Appelhofes wurde diese Broschüre konfisziert und der Verfasser auf Grund des Art. 181 des Strafgesetzbuches zur gerichtlichen Verantwortung gezogen. Der Prozess soll, der «Russ» zufolge im Mai zur Verhandlung im hiesigen Appelhof gelangen.

— In den letzten Wochen sind wieder viele politisch kompromittierte Aerzte arretiert worden. So wurde in Simferopol der Ordinator des Gouvernements-Landschaftshospitals Dr. Nikolai Archangelski mit seiner Familie und seinen Dienstboten verhaftet, da in seiner Wohnung Buchdruckerschriften, revolutionäre Literatur und mehrere Revolver gefunden wurden. — In Sewastopol fanden in der Nacht auf den 15. April zahlreiche Haussuchungen statt, nach denen die Aerzte Hersch Berlin und Al. Potapow nebst Frau, sowie der Student Orlow und die Feldscherin Sselinskaja ins Gefängnis abgeführt wurden. Ausserdem wurden Haussuchungen bei den Aerzten L. Flerow, D. Argiridi und W. Grabois vorgenommen.

— In Krassny Jar (Gouv. Saratow) ist der dortige Landschaftsarzt Joh. Subkowski auf Anordnung des Saratowschen Gouverneurs als politisch unzuverlässig aus dem Dienst entlassen worden. Er hatte u. A. sich als Deputierter der Landschaft in einer Kreis-Versammlung mit sehr scharfen Worten gegen die Beteiligung der Landschaft an der Landverteilungskommission ausgesprochen.

— Der vor Kurzem an der Berliner Universität promovierten ersten verheirateten Frau ist gleich eine zweite gefolgt, die ebenfalls aus Russland stammt. Es ist die 29-jährige Frau Charlotte Mitschnik-Ephrussi (aus Kischinew), die das medizinische Doktordiplom in Berlin erworben hat. Ihre gynäkologische Arbeit über Nekrose der Uterusmyome hat sie ihrem Kinde «in Liebe gewidmet». — Hoffentlich ist das Kind mit der Leistung seiner Mutter einigermassen zufrieden!

Vereins- und Kongressnachrichten.

— Die von der hiesigen russischen chirurgischen Pirogow-Gesellschaft zu ihrem 25-jährigen Jubiläum veranstaltete Festsitzung wurde von dem derzeitigen Präsidenten derselben Prof. Dr. Zeidler mit einem Rückblick auf die Tätigkeit der Gesellschaft in den verflossenen 25 Jahren eröffnet, worauf Prof. Dr. Turner einen Vortrag über die Fortschritte der Chirurgie hielt. Die Gesellschaft hat eine Anzahl Ehrenmitglieder gewählt und zwar aus Russland: den bekannten Pädiater Dr. K. Rauchfuss, Direktor des Kinderhospitals des Prinzen von Oldenburg, Dr. P. N. Sklifassowski vom Nikolai-Militärhospital, sowie die Professoren N. Weljaminow (St. Petersburg), Djakonow und Sernow (Moskau); aus dem Auslande: die Professoren Trendelenburg und Röntgen (Deutschland), Rydigier (Oesterreich), Poncet, Quénu, Watson, Horsley, Senn, Roux und Lennander. Sodann folgte der Empfang zahlreicher Deputationen mit Ueberreichung von Adressen von der Warschauer Universität, dem hiesigen klinischen Institut, der militär-med. Akademie, der Moskauer chirurgischen Gesellschaft, dem hiesigen deutschen Aerzteverein, dem deutschen Verein St. Petersb. Aerzte, der Gesellschaft zur Wahrung der Volksgesundheit u. a. m. Zahlreiche Glückwunschtelegramme waren auch aus Berlin, Paris, Boston, Howard und dem Innern des Reiches eingelaufen.

— In der Zeit von Donnerstag den 10. bis Sonnabend den 26. Oktober inkl. 1907 wird in Breslau ein fortlaufender Zyklus von Vorlesungen und praktischen Uebungen für Aerzte in den Instituten und Kliniken der Universität Breslau stattfinden.

Es beteiligen sich daran persönlich sämmtliche ordentlichen und die mit Lehrauftrag versehenen ausserordentlichen Professoren und deren Assistenten. Es werden demnach sämmtliche medizinische Disziplinen, praktische sowohl, wie theoretische vertreten sein und zwar einerseits durch klinische Vorträge mit Demonstrationen, andererseits durch technische Kurse mit technischen Uebungen und schliesslich durch experimentelle Demonstrationen mit Vorträgen, eventuell Uebungen. Der genaue Vorlesungsplan, sowie die genaueren Bedingungen werden auf Verlangen zugeschickt.

Alle Anfragen sind an Prof. Uhthoff, Universitäts-Augenklinik Maxstrasse 2, zu richten.

Der geschäftsführende Ausschuss:

Ponfick. Uhthoff. Hinsberg.

Verschiedene Mitteilungen.

— Vom Blindenkuratorium der Kaiserin Maria Alexandrowna werden in diesem Jahre wieder Okulistenabteilungen formiert, die in die Gouvernements Wilna, Witebsk, Wjatka, Wolhynien, Kasan, Oren-

burg, Perm, Podolien, Stawropol, Tobolsk, Tomsk und Tschernigow entsandt werden sollen. Die Institutionen, welche solche Abteilungen zu sich aufzufordern wünschen, müssen im Lazarettlokal einen Feldscher und die nötige Bedienung stellen. Die Beköstigung und die Anschaffung der Medikamente und des Verbandmaterials geschieht auf örtliche Kosten.

— Ueber die Typhus-Schutzimpfungen in der deutschen Schutztruppe für Südwestafrika teilt der Stabsarzt Dr. Ph. Kuhn in der «Militärärztl. Zeitschrift» interessante Ergebnisse mit. Es erwies sich, dass von den Geimpften erheblich weniger an Typhus erkrankten als von den Ungeimpften und dass der Verlauf der Krankheit auch bei den Geimpften durchschnittlich viel günstiger war. Nach der dritten Impfung scheint die negative Phase keine Rolle mehr zu spielen. Der Impfschutz dauert etwa ein Jahr. Der Unterschied in der Wirkung verschieden grosser Impfgaben ist bis jetzt leider noch nicht festgestellt. Die vorliegenden Ergebnisse spornen jedenfalls zu einem weiteren Ausbau der Typhus-Schutzimpfung durch die wissenschaftlichen Institute an, besonders hinsichtlich der Grösse der Impfgaben.

Bf.

— Die Gesamtzahl der Kranken in den Zivilhospitälern St. Petersburgs betrug am 14. April d. J. 12083 (141 wen. als in der Vorwoche), darunter 657 Typhus — (45 wen.), 1058 Syphilis — (31 wen.), 427 Scharlach — (10 wen.), 234 Diphtherie — (6 wen.), 168 Masern — (16 mehr), und 8 Pockenkranke — (6 mehr als in der Vorw.).

— Die Gesamtzahl der Sterbefälle in St. Petersburg betrug in der Woche vom 8. bis zum 14 April d. J. im ganzen 955 (535 M., 420 W.), darunter an folgenden Krankheiten:

Typhus exanth. 0, Typhus abdom. 24, Febris recurrens 0, Typhus ohne Bestimmung der Form 0, Pocken 0, Masern 57, Scharlach 31, Diphtherie 14, Croup 0, Keuchhusten 3, Kroupöse Lungenentzündung 46, Erysipelas 6, Grippe 15, Katarrhalische Lungenentzündung 121, Ruhr 3, Epidemische Meningitis 0, Akuter Gelenkrheumatismus 0, Parotitis epidemica 0, Rotzkrankheit 0, Anthrax 0, Hydrophobie 0, Puerperalfieber 1, Pyämie und Septicaemie 11, Tuberkulose der Lungen 102, Tuberkulose anderer Organe 28, Alkoholismus und Dilirium tremens 3, Lebensschwäche und Atrophia infantum 78, Marasmus senilis 30, Krankheiten des Verdauungskanals 112, Totgeborene 48.

Am 21. April d. J. betrug die Zahl der Kranken 10882 (1201 wen. als in der Vorwoche.), darunter 565 Typhus — (92 wen.), 863 Syphilis — (195 wen.), 369 Scharlach — (58 wen.), 193 Diphtherie — (41 wen.), 173 Masern — (5 mehr) und 9 Pockenkranke (1 mehr als in der Vorw.)

— Die Gesamtzahl der Sterbefälle in St. Petersburg betrug in der Woche vom 15. bis zum 21. April d. J. im ganzen 912 (484 M., 428 W.), darunter an folgenden Krankheiten:

Typh. exanth. 0, Typh. abd. 25, Febris recurrens 0, Typhus ohne Bestimmung der Form 0, Pocken 0, Masern 49, Scharlach 27, Diphtherie 23, Croup 0, Keuchhusten 7, Croupöse Lungenentzündung 59, Erysipelas 5, Grippe 12, Katarrhalische Lungenentzündung 96, Ruhr 0, Epidemische Meningitis 0, Acuter Gelenkrheumatismus 0, Parotitis epidemica 0, Rotzkrankheit 0, Anthrax 0, Hydrophobie 0, Puerperalfieber 2, Pyämie und Septicaemie 8, Tuberculose der Lungen 105, Tuberculose anderer Organe 25, Alkoholismus und Delirium tremens 12, Lebensschwäche und Atrophia infantum 67, Marasmus senilis 40, Krankheiten der Verdauungsorgane 98, Totgeborene 40.

✦ Nächste Sitzung des Vereins St. Petersb. Aerzte: Dienstag, d. 18. Sept. 1907.

✦ Nächste Sitzung des Deutschen ärztlichen Vereins: Montag, d. 7. Mai 1907.

Tagesordnung:

1. Ucke: Spirochaetenbefunde bei pathologischen Prozessen.
2. Wladimiroff: Bemerkungen über Lyssa.

Herausgeber Dr. Rudolf Wanach. Buchdruckerei v. A. Wienecke Katharinenhofer Pr. № 15.

XXXII. JAHRGANG. ST. PETERSBURGER Neue Folge XXIV. Jahrg.

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Redaktion von

Prof. Dr. Karl Dehio. Dorpat.
Dr. Johannes Krannhals. Riga.
Dr. Rudolf Wanach. St. Petersburg.

Die „St. Petersburger Medizinische Wochenschrift" erscheint jeden Sonnabend.—Der Abonnementspreis ist in Russland 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr inkl. Postzustellung; in den anderen Ländern 20 Mark jährlich, 10 Mark halbjährlich. Der Insertionspreis für die 3mal gespaltene Zeile in Petitist 20 Kop. oder 45 Pfen.—Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt. —Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.

Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate bittet man ausschliesslich an die Buchhandlung von K. L. Ricker in St. Petersburg, Newsky-Prospekt № 14, zu richten. — Manuskripte sowie alle auf die Redaktion bezüglichen Mitteilungen bittet man an den geschäftsführenden Redakteur Dr. R. Wanach in St. Petersburg, Petersb. Seite, Alexandrowski Pr. 6 zu richten. Sprechst. Dienstag, Donnerstag und Sonnabend 5—6.

№ 19 St. Petersburg, den 12. (25.) Mai. 1907.

Zum Artikel über die antiseptische Wirkung des Menstrualblutes bei Ulcus molle von Prof. O. v. Petersen.

Von

D. H. Naegeli-Akerblom,

Privat-Dozent für Geschichte der Medizin an der Universität Genf.

In diesem Blatte, Nr. 36, 1906, berichtet Prof. v. Petersen über seine Beobachtungen der Beeinflussung von Ulcera mollia der Frauen durch das Menstrualblut und giebt an, dass er nur bei Plinius eine Erwähnung des Blutes als Medikamentes gegen Lepra und andere Hautkrankheiten finden konnte, nicht aber in der modernen Literatur.

Ich möchte nun daran erinnern, dass die Organotherapie schon lange vor Brown-Séquard bekannt war (und obsolet wurde), und zwar schon im Mittelalter; d. h. f. Europa. Die Chinesen und Inder wandten die betreffenden Präparate seit Jahrtausenden an; allerdings ist es erst heute durch die Presse möglich geworden, allen Produkten einen häufig vollkommen unverdienten Nimbus zu geben.

Im April 1898, am IV Congrès français de médecine interne, teilte Dr. Iscovesco[1]) seine Beobachtungen über die Wirkungen der Plazenta mit. In mehr als hundert Fällen von Metritis chronica, mangelnder Laktation der Frauen, etc. etc. hatte er mit Vorteil Tabletten verordnet, die aus Schafplazenta hergestellt waren!

Man kann daraus ersehen, dass wir immer wieder in der Medizin, von den chemisch kombinierten Medikamenten enttäuscht, zu alten Volksmitteln zurückgreifen, natürlich immer unter neuester Etiquette. Heute kann natürlich Blut, namentlich Menstrualblut nur in Folge der spezifischen Wirkungen der Enzyme u. s. f. irgendwelchen Einfluss auf Krankheiten haben.

Plinius (lib. XXVI cap. V) riet Blutbäder gegen Elephantiasis an, meines Wissens nicht gegen Lepra. Gegen Hautkrankheiten wurde jedoch das Blut sowohl des Menschen als auch verschiedener Tiere im 17. und 18. Jahrhundert ebenso angewandt, wie heute, nur mit dem Unterschied, dass heute die Kurpfuscher das verordnen, was die Aerzte heute verlachen, und dass die Kurpfuscher vor 200 Jahren verlachten, was die Aerzte damals verordneten!

Im Februarheft der Therapeut. Monatshefte erschien ein Artikel von Hummer über Paullinismus, in der Aprilnummer desselben Blattes erlaube ich mir einige Bemerkungen über Paullini. Es ist meines Erachtens unrichtig, die Behandlung mit menschlichen Exkreten darzustellen, als wäre dieselbe von Paullini erfunden, als wäre er der Protagonist einer Idee, wie Darwin oder Haeckel.

Paullinis Werk, Neu-Vermehrte Heilsame Dreckapotheke, wie nämlich mit Kot und Urin fast alle ja auch die schwersten Krankheiten und bezauberte Schaden vom Haupt bis zu Füssen inn- und äusserlich glücklich kuriert worden etc.[2]) hat ihm den Ruf eines perversen Kurpfuschers eingetragen. Dies mit Unrecht.

[1]) Remèdes d'hutrefois, par le D. Calanis, Malaine, 1905.

Paullini, geb. 1643 in Eisenach, Sachsen war Naturforscher und Arzt, studierte auf verschiedenen Universitäten Deutschlands, besuchte dann Holland, England, die Skandinavischen Reiche, Lappland, sogar Island, und liess sich nachdem in Hamburg als Arzt nieder. Als solcher wurde er 1675 vom Erzbischof v. Münster in Westphalen als Leibarzt berufen, hierauf an den Hof des Herzogs von Braunschweig Wolfenbüttel, und wurde 1689 als erster Stadtarzt nach Eisenach berufen, wo er 1712 starb. Er hinterliess zahlreiche lateinische Arbeiten, in welchen er medizinische, geographische, archäologische, naturwissenschaftliche Themata behandelte, deutsche Dichtungen, philosophische Betrachtungen, und last not least, seine Dreckapotheke, die er aber einfach Kristian Franz Paullini unterzeichnete; daher gilt er meistens als Kurpfuscher.

Der grosse Unterschied zwischen seiner Behandlungsweise und der seiner Zeitgenossen war, dass er auf deutsch, jedermann zugänglich, seine Hausapotheke beschrieb, aus welcher die Kollegen des öftern Präparate ordinierten, aber — unter tönenden lateinischen Bezeichnungen.

So empfiehlt Paullini Rotlauf (Erysipelas), mit annoch warmem sanguine menstrua einer ledigen Person zu beschmieren.

Was schrieb aber um 1700 auf lateinisch Jean Jaques Manget von Genf, Medicinae Doctor et Serenissimi ac Potentissimi Regis Prussiae Archiater in seiner Bibliotheca Pharmaceutico-Medica, seu Rerum ad Pharmaciam Salenico-Chymicam spectantium Thesaurus Refertissimus, in quo, Ordine Alphabetico non omnis tantum Materia Medica Historicè, Physicè, Chimicè ac Anatomicè explicata etc. etc. (2 Bände Grossfolio à 1000 Seiten!)?

Homo totius universi quasi compendium, Animal ad Dei imaginem efformatum, non debet hic alia ratione describi nisi quatenus in Medicis praestat. Illi autem vel a vivo corpore desumuntur, vel a mortuo.

A vivo corpore desumuntur I Capilli. II Ungues. III Saliva. IV Aurium sordes (Cerumen). V Sudor. VI Lac. VII Menses. VIII Secundinae. IX Urina. X Stercus. XI Semen. XII Sanguis. XIII Calculi ex vesicâ. XIV Membrana Caput foetus ungens.

Man könnte nun sagen, dass Paullini, dadurch schädlich war, dass er deutsch schrieb. Nun verstand aber jeder gebildete Mann damals Latein, und so half die Fakultät sich durch andere Mittel.

Zenith juvencula in Pulverform war ein ausgezeichnetes Mittel innerlich bei Epilepsie, äusserlich mit Kuhfett vermischt bei Podagra. Bei der Pest wurde es in Umschlägen auf die vereiterten Lymphdrüsen angewandt, bei Erysipelas, bei Pockenblattern im Gesicht. Zenith juvencula war aber nichts als Sanguis menstruus! „Commendatur qui prima vice erumpit!"

VIII Secundina (vel hujus loco Umbilicus infantis).

„Destillant spiritum ex secundina Antiepilepticum praetiosum".

IX „Magisterium Microcosmi", darunter vermutete wohl auch der gebildete Laie ein Praeparat aus faulem Menschenurin!

X Carbon humanum Paracelso, aliis Sulfur, aut Libetta occidentale, bei Angina, bei Wechselfieber innerlich, ebenso bei Epilepsie war ein ausgezeichnetes Mittel. Paullini bezeichnete dieses Medikament als Menschendr . . ., Manget und seine Zeitgenossen als Stercus. Das daraus hergestellte Oleum wurde gewonnen durch Destillation aus „Stercus humanum quant. magn. corrumpatum per se". Ausgezeichnet bei Kopfgrind, ulceriertem Erysipel (?), Flechten, bei Hautkrebs! Innerlich Specificum gegen Icterus!

XII „Sanguis puerperii sanat scabiem volaticam (recens cum secundina semel aciterum illitus").

Mit Blut, das einem gesunden Jüngling im Mai durch Venaesectio entnommen, wurde das Oleum rectificatum hergestellt, damit ein Balsamus Antipodagricus, Spiritus Antiepilepticus, Arcanum sanguinis humani.

Und wer hätte gedacht, wie die „Aqua omnium florum sive lactaminis dicta" hergestellt wurde? Ein Specificum bei Kolik, Nierenschmerzen, Fieber, Retentio urinae? „Destillatur Balnea Mariae, Verna seu Majali tempore, ex stercore recenti vaccae herbas depascentis, prodit et hinc oleum".

. . . .

Und Manget hat 1700 schon die Miliar-tuberkulose beschrieben, als Erster!

Nihil novi sub sole, auch die desinfizierende Wertung des Menstrualblutes nicht!

[1]) Die mir vom bekannten Mediko-pharmakohistoriker Reber aus seiner Medikohistorischen Sammlung geliehene 5. Auflage stammt von 1699, die erste von 1696!)

Protokolle des Vereins St. Petersburger Aerzte.

Sitzung vom 28. November 1906.

Vorsitz. Blessig. Protokollf. Moritz.

1. Westphalen demonstriert vor der Tagesordnung einen Fall von Xanthelasma tuberosum bei einem 8-jährigen Mädchen. Pat. leidet an Verdauungsstörungen und zwar an anfallsweise, alle 10—12 Tage, auftretendem Erbrechen und sehr reichlichen, fauligstinkenden Darmentleerungen. Dabei besteht starkes allgemeines Unbehagen. Bemerkenswert ist, dass die Pat. durch Monate hindurch veranlasst worden war, täglich 4 und mehr Eier zu essen. Dieser Umstand ist insofern wichtig, als es sich bei dem besprochenen Leiden jedenfalls um eine Eiweissfäulnis und Autointoxikation vom Darm aus handelt. Dieser Anschauung entspricht auch die nach Salolgebrauch, Abführmittel (Califig) und vegetarischer Kost erzielte Verkleinerung der Xanthelasmaknoten. Ueber die Ursache des Xanthelasma, dessen tuberöse Form seltener als des X. planum ist, herrscht noch keine genaue Kenntnis und ist die Prognose zweifelhaft. Beobachtet sind Komplikationen mit Ikterus und Diabetes. Beobachtet ist eine sehr grosse Besserung nach einer Karlsbader Kur. W. hat als Therapie vorgeschlagen: Vegetarische Kost mit Betonung der cellulosenreichen Substanzen. Systematischer Gebrauch von Karlsbader Wasser und Klystiere. Die Kranke ist stark im Wachstum zurückgeblieben.

2. Blessig demonstriert einen Fall von Cryptophtalmus cicatriceus. (cf. das Protokoll der nächsten Sitzung vom 19. Dezember).

3. Rinne. Ein Fall von chronischem schwerem Enterospasmus. (Erscheint im Archiv f. Verdauungskrankh.).

Diskussion:

Prof. Tiling. Die spastische Darmstenose hat bisher nicht die Beachtung gefunden die sie verdient. Ausser dem eben besprochenen Fall hat T. noch 2 andere ähnliche Fälle operiert, von deren einem er nur sagen kann, dass es sich um eine rein spastische Stenose handelte und dass Pat. sich völlig erholt hat; der Details erinnert er sich nicht mehr. Der 2. Fall betraf einen 38-jährigen Feldarbeiter, der im November 1906 wegen «Darmverengung» die Klinik aufsuchte. Er hatte vor 17 Jahren Blut gebrochen, war dann 3 Monate lang krank gewesen und späterhin 15 Jahre lang völlig gesund. Am 6. Juni 1902 waren der Beschreibung nach typische Darmsteifungen in der linken Hälfte des Leibes

aufgetreten. Im September 1902 einige Mal teerartige Stühle. In der Klinik traten mehrfach Schmerzanfälle mit Darmsteifung auf und zwar wurde die Peristaltik links oben, unter dem Col. transversum beobachtet. Der Mageninhalt wies gesteigerten Säuregehalt auf. Ein Mal kam es zu Erbrechen. Nach einem 5 Stunden lang dauernden Schmerzanfall wurde die Laparotomie gemacht und es fand sich links oben im Abdomen eine stark geblähte Dünndarmschlinge die in eine absolut leere, kontrahierte 15—20 cm. lange Darmpartie überging. Nachdem der Inhalt der geblähten oberen Partie durch den leeren Bezirk durchgepresst worden war, kontrahierte sich dieses Darmstück sofort wieder. Nach der Operation ist Pat. 6 Monate lang beschwerdefrei gewesen. Nach $1\frac{1}{2}$ Jahren hat er im Peter-Paulshospital gelegen, doch ist sein damaliger Zustand wie sein späteres Schicksal T. nicht bekannt.

Jedenfalls ist es wichtig festzustellen, dass der oft bestrittene spastische Ileus vorkommt und dass die Darmsteifung nicht unbedingt ein Zeichen einer organischen Darmverengung ist.

Westphalen. Aehnliche spastische Zustände sind am Magen, besonders am Pylorus, mit Sicherheit beobachtet worden. W. hat einen spastischen Pylorustumor deutlich bei einem Patienten gefühlt, der deswegen operiert werden sollte. Der Tumor verschwand jedoch vor der Operation und Pat. blieb dauernd gesund. Die Erklärung für diesen Spasmus muss jedenfalls im neurotischen Moment gesucht werden.

Fick. Gelegentliche Darmkontraktionen von Dünndarm können häufig bei Laparotomien beobachtet werden. Das auffallende am Rinne'schen Fall ist die Konstanz der Symptome, so dass nicht nur Steifung, sondern sogar Hypertrophie der Darmwand sich ausbilden konnte. Einen Pylorospasmus hat F. während der Operation einmal beobachtet, bei der eine peristaltische Welle am Magen auftrat und sich der Pylorus zu einem pflaumengrossen harten Tumor kontrahierte. Nach etwa $1\frac{1}{2}$ Minuten verschwand derselbe wieder völlig.

Prof. Tiling betont, dass es sich in dem von ihm besprochenen operierten Fall nicht nur um «Füllungsdifferenzen» handelte, sondern der Darm war zu einem kaum fingerdicken, festen, weissen Strang kontrahiert.

Rinne betont, dass der hypertrophische, geblähte Darmteil besonders anämisch war. Merkwürdiger Weise ist es trotz des chronischen Zustandes nie zu Ileuserscheinungen gekommen. Die Heilung nach der Operation ist wohl nur durch physische Beeinflussung erklärlich.

4. Lezenius spricht über hydrotherapeutische Behandlung der Neuritis optica und ihrer Folgezustände. (Erscheint im Druck).

Diskussion.

Germann bestätigt die guten Erfolge des Vortragenden. Man könne übrigens bei luetischen Erkrankungen neben der Hg-Kur auch die Hydrotherapie anwenden.

Blessig. Der Erfolg des Lezenius'schen Verfahrens ist nicht zu bezweifeln, da es sich um Fälle handelte, die der üblichen Therapie getrotzt hatten. Diese rein empirisch gefundene Behandlungsmethode dürfte sich besonders für die Fälle empfehlen, bei denen das ätiologische Moment fehlt und somit keine spezifische Behandlung möglich ist. Vielleicht könnte die Hydrotherapie auch bei der auf retrobulbärer Neuritis beruhenden Alkoholamblyopie versucht werden.

5. Arronet spricht über die Bier'sche Stauungsbehandlung akut eitriger Entzündungen.

Auf dem Gebiete der Behandlung akut-eitriger Entzündungen mit passiver Blutstauung nach Prof. Bier sind es vor Allem die eitrigen Sehnenscheidenentzündungen der Extremitäten gewesen, welche die eklatantesten Erfolge dieser Behandlung geliefert haben, weil gerade in diesen Fällen die Erhaltung der Sehne und ihrer Funktion, im Gegensatz zu den Resultaten der gewöhnlichen chirurgischen Behandlung, offen zu Tage trat. Trotzdem hat diese Behandlung noch bis jetzt hier bei uns wenig Anhänger gefunden. Den Grund dafür glaube ich, abgesehen von dem Bruch mit eingewurzelten alten Anschauungen, welchen diese neue Methode involviert, vor Allem darin zu sehen, dass die Technik der Abschnürung resp. Stauung durch die Gummibinde eine gewisse Uebung erfordert und trotz ihrer Einfachheit gesehen und gelernt werden will. Ein zu geringes Abschnüren des zu stauenden Gliedes nützt nichts, ein zu energisches Abschnüren stiftet Schaden. Deswegen wird auch bei Prof. Bier und in Deutschland, wo die Methode Eingang gefunden hat, die Stauungsbehandlung meist in den Hospitälern oder Kliniken und nicht ambulatorisch vorgenommen. Wenigstens da, wo es sich um verantwortlichere Fälle, wie die eitrigen Sehnenscheidenentzündungen handelt. Ich hoffe daher nicht auf Widerspruch zu stossen, falls ich mir heute erlaube die Aufmerksamkeit der Herren Kollegen für kurze Zeit in Anspruch zu nehmen, um den Herren einen frischen Fall von eitriger Sehnenscheidenentzündung im Stadium der Behandlung vorzuführen.

Es handelt sich um einen 17-jährigen Handwerkerlehrling, welcher vor 4 Tagen an Schmerzen am Zeigefinger der linken Hand erkrankte. Es stellte sich Fieber ein; die Schmerzen nahmen die folgenden Tage stetig zu, so dass Pat. die beiden letzten Nächte nicht schlafen konnte. Dabei nahmen die Schmerzen nicht nur an Intensität, sondern auch an Ausbreitung zu, indem sie sich bis in die Hohlhand erstreckten. Gestern erschien Pat. in einer Ambulanz, um 11 Uhr Vorm. wobei folgender Status festgestellt wurde. Der linke Zeigefinger in charakteristisch gekrümmter Stellung ist unbeweglich und ödematös geschwollen. An der Volarseite, entsprechend der Mittelphalanx ein begrenztes, tiefes Panaritium. Unterhalb des Panaritium ist die Volarfläche des Fingers und weiter die Hohlhand, entsprechend dem Verlaufe der Sehne intensiv gerötet und empfindlich. Leichtes Oedem des Handrückens, lymphangoitische Stränge am Unterarm und eine weite empfindlich geschwellte Cubitaldrüse. Es wird unter Cocain zunächst das Panaritium in nicht zu grosser Ausdehnung gespalten, wobei in der Tiefe die entblösste Sehne zu Tage tritt. Aus der Sehnenscheide entleert sich bei Druck trübe eitrige Flüssigkeit. Ein 2. kleiner Schnitt wird in der Hohlhand, entsprechend der tiefsten Stelle der entzündeten Sehnenscheide ausgeführt. Hierbei sieht man deutlich, wie sich die hochrote entzündete Sehnenscheide vorwölbt und beim Einschnitt in dieselbe entleeren sich etwa 10 Tropfen trüber, eitriger Flüssigkeit. Beide Schnitte werden leicht tamponiert, derart, dass die Tampons die entblösste Sehne nicht berühren. Es ist auch Bier gewesen, welcher auf die schädigende Einwirkung der direkten Tamponade wenig lebensfähiger Gewebe, wie der Sehnenscheiden, hingewiesen hat. Durch die aufsaugende Wirkung der Tampons wird nicht nur drainiert, sondern auch ernährendes und restituierendes Material den Geweben entzogen, was mit zu der Nekrotisierung der Sehnenscheiden, wie wir solche alle Tage zu sehen bekommen, beiträgt. Nach der Tamponade wird ein feuchtwarmer Verband auf die ganze Hand angelegt und der Arm in der Mitella ruhig gestellt. Darauf wird am Oberarm eine Gummibinde angelegt und gestaut. Nachdem die Binde wiederholt kontrolliert worden, wurde dieselbe heute um 9 Uhr Vorm., also nach 22 Stunden gelöst. Pat. hat die Nacht gut geschlafen, die Schmerzen haben beinah ganz nachgelassen. Handrücken und Zeigefinger hochrot, ödematös geschwollen, leichtes Oedem am ganzen Unterarm. Schnittwunden schmutzig-grau belegt, verschwollen, so dass die Sehne nicht zu sehen ist. Nach 2 Stunden Hochlagerung zur Verminderung des Oedems, wird der Verband gewechselt und die Gummibinde wiederum angelegt. Augenblicklich sind also 36 Stunden nach der Abschnürung verflossen. Man sieht am Unterarm deutlich die strotzend gefüllten oberflächlichen Hautvenen, eine deutliche Rötung der ganzen Haut und an der Hand und dem kranken Zeigefinger eine intensive ödematöse Rötung. Das ist das «feurige Oedem» Bier's, welches er bei dieser Behandlung verlangt.

Ich habe bereits mehrere Fälle mit eitriger Sehnenscheidenentzündung auf diese Weise erfolgreich, mit Erhaltung der Funktion, behandelt, darunter einen sehr schweren Fall, welcher eine Woche fieberte und wo die Entzündung vom Daumen ausgehend schon unter dem ligament. carpi auf den Unterarm übergriff. Wie dieser Fall verlaufen wird, kann ich jetzt nicht sagen. Der Zweck dieser kurzen Mitteilung war auch nur den Herren die Technik der Abschnürung zu zeigen. Zur nächsten Sitzung wird dieser Fall wohl mehr oder minder abgelaufen sein. Dann werde ich Pat. Ihnen noch einmal vorführen.

(Autoreferat).

Diskussion.

Wanach. In der letzten Zeit wird wohl in den meisten Hospitälern die Stauungsbehandlung eifrig betrieben. Im Peter-Paulhospital sind jetzt auch die Indikationen allmählich ausgearbeitet worden. Sehr gute Resultate liefern die nach Bier behandelte Mastitis und Tendovaginitis. Die Funktionserhaltung ist dabei meist ganz ausgezeichnet. Bei schwereren tiefen Phlegmonen sind die Erfolge gering, nur subjektiv tritt meist eine grosse Erleichterung ein. Bei Erysipel erreicht man nichts durch die Stauung. Eine Kontraindikation für diese Behandlung bildet die akute Osteomyelitis. 3 derartige Fälle sind bei dieser Therapie an Pyämie zu Grunde gegangen.

Fick hat eine Anzahl von Karbunkeln nach Bier behandelt. Die Heilungsdauer wurde nicht verkürzt, wohl trat aber stets eine grosse subjektive Erleichterung der Schmerzen ein. F. warnt davor, die Phlegmone und Tendovaginitis ohne Auswahl nach Bier zu behandeln. In einem im Alexander-

Hospital behandelten Fall von Tendovaginitis, kompliziert durch Erysipel, trat zwar subjektiv eine grosse Erleichterung ein, — auch ging das Erysipel nur bis zur Binde — doch kam es in wenigen Tagen zur Vereiterung des Schultergelenks und allgemeiner Pyämie, die zum Exitus führte. Möglicherweise ist hier die Komplikation mit dem Erysipel verhängnisvoll geworden.

Lezenius. Die Kopfstauung wird in der Ophtalmologie bei Iritis und Iridocyclitis angewandt und ist die schmerzstillende Wirkung bemerkenswert. Ferner hat man beobachtet, dass bei Stauung die Atropinwirkung in Fällen zu Stande kommt, wo sie ohne Stauung nicht zu erzielen war.

Blessig. Auch die Saugstauung ist in der Ophtalmologie versucht worden und zwar bei Erkrankungen der Lider und des Tränensackes — doch scheinen die Indikationen für die Stauungstherapie in der Augenheilkunde recht beschränkt.

Wanach. Die Stauungsbehandlung der gonorrhoischen Epididymitis soll sehr gute Resultate geben, wie die Kollegen des Alafusow-Hospitals berichten.

Arronet. Die Stauungsbehandlung erfordert jedenfalls stets eine sorgfältige Kontrolle des behandelnden Arztes und wird daher vorläufig wohl nur in einer Anstalt zweckmässig durchgeführt werden können.

Dr. William Higginbotham †.

Am 25. April (8. Mai) starb hochbetagt in Mentone Dr. William Higginbotham, ein Mann der 5. Dezennien hindurch als praktischer Arzt in St. Petersburg gewirkt hat und noch unvergessen ist, obgleich er seine letzten 10 Lebensjahre im Auslande – meist an der Riviera und in England verbracht hat.

W. Higginbotham war geboren 5. Oktober 1813 in St. Petersburg, wo sein Vater (gebürtig aus Lancaster in England) Kaufmann war. Er besuchte die Muraltsche Privatschule in St. Petersburg und danach das Dorpater Gymnasium. Im Jahre 1833 wurde er Student, — und gehörte als solcher der Landsmannschaft Livonia an, in welcher er successive Oldermann und Chargirter war und der er bis an sein Lebens-Ende treu ergeben blieb. Im Herbst 1839 ging er zur Fortsetzung seines Studiums in's Ausland, besuchte Berlin, Wien, Prag, Würzburg und wurde dort im Mai 1840 zum Dr. med. et chir. promoviert. Nach Dorpat zurückgekehrt machte er auch dort sein Rigorosum und wurde im Mai 1841 Arzt I. Klasse. Im Jahre 1842 ging er nochmals zur weitern Fortbildung nach London und Paris; danach kehrte er nach Petersburg zurück, wo er sich nun definitiv niederliess und 1843 den Posten eines Bezirks-Hofarztes erhielt. Sein Bezirk lag in der Stadtgegend des Moskauer Bahnhofs, ebendaselbst auch die Heilanstalt der Barmherzigen Schwestern «zur heiligen Dreieinigkeit», bei welcher er von ihrer Gründung (1844) an angestellt war, so hatte er denn auch allezeit eine Wohnung dort — an der Ligowka, Newski 132, und erfreute sich unter den kleinen Leuten jener Gegend einer ausserordentlichen Popularität wegen seiner steten uneigennützigen Hilfsbereitschaft. Hier entwickelte sich eine grosse Privatpraxis — welche ihn jedoch nicht in der Pflege wissenschaftlicher Interessen hinderte.

Nicht zufrieden mit dem Titel eines Arztes I. Kl., welcher damals in Dorpat nur anstatt des Doktortitels verliehen werden durfte, holte er sich 1847 an der mediko-chirurgischen Akademie das Diplom eines Dr. med. Sein wissenschaftliches Streben betätigte er vorzugsweise in reger Beteiligung an medizinischen Vereinen. Im Jahre 1849 wurde er Mitglied in einem kleinen mediz. Verein, der sich nach seinem Stifter und Leiter der «Pirogow'sche» nannte und von 1855 ab war er Sekretär desselben bis zur Auflösung des Vereins, die durch allmäliches Aussterben erfolgte. Higginbotham und Zdekaner übergaben danach die Protokolle dem Deutschen ärztlichen Verein, in welchem H. seit 1869 Mitglied war. Auch dem (allgemeinen) Verein St. Petersburger Aerzte gehörte H. seit 1861 an, und 1881 war er einer der Stifter der russischen chirurgischen Pirogow-Gesellschaft. Alle drei genannten Vereine erwählten ihn in der Folge zum Ehrenmitglied. Beim internationalen medizin. Kongress in London 1881 war er offizieller Vertreter Russlands und erwirkte dort die Anerkennung des Dorpater Doktordiploms als berechtigend zur Praxis in England, — ein Vorzug von dem indessen soviel wir wissen kein Gebrauch gemacht worden ist.

Als beschäftigter praktischer Arzt und guter Kamerad im Publikum und unter den Kollegen sehr beliebt, gewann er noch mehr Freunde durch seine Verheiratung mit Frl. Lucie Unzer. Durch ihn und seine liebenswürdige Frau wurde das Higginbotam'sche Haus ein Zentrum für die Deutsche gebildete Gesellschaft St. Petersburgs, — namentlich junge Dorpatenser fanden dort die freundlichste Aufnahme. H. war ein treuer Sohn der alma mater Dorpatensis, deren Fest am 12. Dezember er nie versäumte und oft durch kernige Reden verschönte.

Wie sehr H. in weitesten Kreisen beliebt war, zeigte sich besonders bei seiner schweren Krankheit: Im Jahre 1872 erkrankte er an einer Phlegmone der ganzen linken untern Extremität, welche zahlreiche grosse Inzisionen erforderte. Mehrere Wochen schwebte er in grosser Lebensgefahr, — damals war die Chirurgie leider noch sehr septisch —, und als er wider Erwarten endlich genas war das Bein durch Narbenschrumpfung und Atrophie fast unbrauchbar. Erst eine mehrmonatliche Behandlung bei Hessing (Göggingen) brachte ihn wieder zum Gehen. Seine Krankheit und Kur waren damals eine «Cause célèbre» in ärztlichen und Laienkreisen. Am 27. Nov. 1872 hielt er im Deutschen ärztlichen Verein seinen grossen Vortrag «Ueber die neue orthopädische Methode von Hessing», welche sehr wesentlich dazu beigetragen hat, dieser Methode neue Anhänger zu gewinnen.

Bis in's hohe Alter hat Higgonbotham rüstig und freudig in seinem Beruf gearbeitet. Im Staatsdienst sind ihm reichlich Ehren zu Teil geworden — er war wirkl. Staatsrat und hatte alle Orden bis zum Annenorden I. und Wladimir II. Kl. — Die Vereine haben ihn zu ihrem Ehrenmitgliede gewählt, die Dorpater Philister spez. die Livonen haben nie versäumt ihrem Senior zu jedem Stiftungstag ihre ehrfurchtsvollen Grüsse zu senden. Nach dem Tode seiner geliebten Frau fühlte er seine Kraft gebrochen und als seine Tochter mit ihren Kindern in's Ausland zog, verliess er mit ihr St. Petersburg 1896 und lebte seitdem abwechselnd in England und an der Riviera. Wenige Wochen vor seinem Ende habe ich ihn noch in Mentone besucht — er war körperlich sehr schwach, konnte nicht mehr allein gehn, schien indessen geistig klar, empfand schwer seinen elenden Zustand und sehnte sich nach dem Ende. Das ist denn auch ohne Leiden still und schmerzlos erfolgt.

Higginbotham war ein ganzer Mann, stark und treu, ein echter Repräsentant jener angelsächsischen Race, die er über Alles hoch hielt und zur Beherrschung der Welt bestimmt glaubte. Körper und Charakter wie aus Eichenholz gezimmert und doch dabei wohlwollend und liebenswürdig, streng und hart nur gegen das Gemeine, — eine Zierde unseres Standes treu seiner Wissenschaft und jenen Grundsätzen der Ehre, die er von der alma mater Dorpatensis mitgebracht.

Ehre seinem Andenken!

E. Moritz.

Zuschrift an die Redaktion.

Wir erhalten folgende Zuschrift:

Internationaler Laryngo-Rhinologen-Kongress Türck-Czermak-Feier. Laryngo-Rhinologische Ausstellung in Wien, 21. bis 25. April 1908.

Gleichzeitig mit dem in Wien vom 21. bis 25. April 1908 tagenden «Internationalen Laryngo-Rhinologen-Kongress» wird in den Räumen der k. k. Universität eine Ausstellung von Objekten, welche auf die Laryngologie und Rhinologie, Oesophagoskopie und Bronchoskopie Bezug haben, stattfinden. Zur Ausstellung gelangen: Untersuchungs-, operative und Behandlungs-Instrumente, Inhalations-, elektromedizinische, Beleuchtungsapparate und sonstige technische Hilfsmittel, Prothesen, Handschriften, Bücher, Präparate, Abbildungen etc. Die Interessenten, welche sich an der Ausstellung zu beteiligen wünschen, wollen ihre Beteiligung dem Sekretär des Kongresses (Herrn Professor Dr. Michael Grossmann, Wien, IX., Garnisongasse 10) bis spätestens 31. Dezember 1907 unter genauer Beschreibung jedes einzelnen auszustellenden Gegenstandes anmelden, damit darnach der Katalog zusammengestellt werden kann.

Die Ausstellungsobjekte sind bis spätestens 15. Februar 1908 an Herrn Ober-Ingenieur Jaroschka, Inspektor des k. k. Universitätsgebäudes in Wien, zu senden, der dieselben in Verwahrung nimmt. Gegen Feuersgefahr, Diebstahl und Beschädigung werden die eingesandten Objekte durch das geschäftsführende Komitee versichert. Die zollfreie Ein- und

Ausfuhr ist von den kompetenten Behörden bewilligt und wollen die Herren Aussteller die dazugehörigen Dokumente vom obengenannten Sekretär ansprechen.

Wien, im April 1907.

Für das geschäftsführende Komitee:

Der Sekretär:	Der Präsident:
Prof. Dr. M. Grossmann	Prof. Dr. O. Chiari
IX, Garnisongasse 10	I., Bellariastrasse 12
Wien.	Wien.

Tagesnachrichten.

Personalia.

— Dr. H. Truhart (Dorpat) ist zum Ehrenmitglied der Italienischen Akademie für Physik und Chemie in Palermo ernannt worden, unter Verleihung der Medaille I. Klasse für wissenschaftliche und humanitäre Verdienste.

— Goldenes Doktorjubiläum. Am 7./20. Mai beging der Senior der Berliner medizinischen Fakultät, Geh. Medizinalrat Dr. Robert Olshausen, Professor ord. und Direktor des klinischen Instituts für Frauenkrankheiten und Geburtshülfe, sein 50-jähriges Doktorjubiläum. Der Jubilar, welcher im Juli d. J. das 72. Lebensjahr erreicht, erwarb sich die Doktorwürde an der Universität Königsberg und begann seine Lehrtätigkeit an der Universität Halle, von welcher er im Mai 1887 nach Berlin als Nachfolger Prof. Schröders berufen wurde.

— Die Ernennung des Bonner Professors Dr. August Bier ist jetzt bereits amtlich bekannt gegeben worden.

— Professor Dr. Garré (Breslau), der zum Direktor der Bonner Universitätsklinik an Stelle des Professors Bier berufen wurde, wird schon am 14./27. Mai mit den Vorlesungen an der Universität beginnen und zugleich seine Tätigkeit als Oberarzt des St. Johannes-Hospitals in Bonn aufnehmen.

— Wie verlautet, ist an den langjährigen ersten Chirurgen des Krankenhauses zu Hamburg-Eppendorf, Prof. Dr. Hermann Kümmell der Ruf ergangen, den bisherigen Posten Garrés als Leiter der Universitätsklinik zu Breslau zu übernehmen. Dr. Kümmell, der in den nächsten Tagen das 55. Lebensjahr vollendet, war längere Zeit Assistent am städtischen Krankenhause in Friedrichshain zu Berlin und ist seit mehr als 20 Jahren am neuen allgemeinen Krankenhause Hamburg-Eppendorf als leitender Chirurg tätig.

— Der Oberarzt des St. Petersburger städtischen Alexanderhospitals wirkl. Staatsrat Dr. W. Dobroklonski ist zur Disposition der Hauptverwaltung des abgeteilten Gendarmenkorps gestellt worden, unter Zuzählung zum Militär-Medizinalressort und Belassung in seinem bisherigen Amte.

— Der Chef der Werkstätten der Fabrik für Militär-Medizinalpräparate, Staatsrat Dr. N. Epow, ist zum Korpsarzt des 2. sibirischen Armeekorps ernannt worden.

— Zum Oberarzt des Rigaschen Militärhospitals ist der ältere Arzt des Grodnoschen Militärlazaretts Dr. Wseswjatski ernannt worden.

— Der bekannte Leader des Verbandes des russischen Volkes Dr. Dubrowin (St. Petersburg) soll, wie die «Retsch» erfährt, den Vorsitz in dem genannten Verbande niederlegen wollen, da seine Gesundheit zerrüttet sei.

Nekrologe.

— Verstorben sind: 1) Am 5. Mai in St. Petersburg der ältere Ordinator des Obuchowhospitals Dr. Ernst Dreypölcher nach mehr als 35-jähriger ärztlicher Tätigkeit im 60. Lebensjahre an einer phlegmonösen Angina. Einen ausführlicheren Nekrolog bringen wir in der nächsten Nummer. 2) Am 1. Mai in Lodz der dortige praktische Arzt Dr. Karl Jonscher im Alter von 56 Jahren am Herzschlage, nachdem er noch kurz vorher einem Kranken seinen Beistand hatte angedeihen lassen. Der Hingeschiedene war in Lublin als Sohn des dortigen lutherischen Pastors geboren und widmete sich dem Studium der Medizin an der Warschauer Universität. Nach Beendigung seiner Studien i. J. 1871 liess er sich als Arzt in Lodz nieder, wo er bald durch seine Tüchtigkeit und seinen Pflichteifer, sowie durch seine hervorragenden Charaktereigenschaften und stete Hülfsbereitschaft bei Armen und Reichen der gesuchteste Arzt von Lodz und Umgegend wurde. Trotz seiner ausgebreiteten Praxis fand Dr. Jonscher doch noch Zeit, sich auf verschiedenen Gebieten des öffentlichen Lebens zu betätigen. So war er Präses des Komitees der Irrenanstalt «Kochanówka», eines Kinderhospitals und der christlichen Wohltätigkeitsvereins, Vorstandsmitglied im Aerzteverein und Mitglied verschiedener anderer gemeinnütziger Institutionen. Das Verwaltungskomitee der genannten Irrenanstalt hat denn auch, um das Andenken seines verdienstvollen ersten Präses zu ehren, beschlossen bei der Irrenanstalt einen Pavillon zu erbauen, der dem Gedächtnis des Verstorbenen geweiht werden soll. 3) In Warschau der freipraktizierende Arzt Dr. Johann Kleinadel im 57. Lebensjahre. Die Venia practicandi hatte er i. J. 1875 erlangt. 4) Am 22. April in Moskau der ältere Arzt an dem städtischen Jausahospital Dr. Elias Schlossberg im 64. Lebensjahre. Der Verstorbene, welcher seit 1869 die ärztliche Praxis in Moskau ausgeübt hat, fungierte auch seit Jahren als Arzt an der dortigen Messkanzlei. 5) In Ssuwalki Dr. Wladislaw Gusewitsch, Arzt am St. Georg-Hospital in Calvaria (Gouv. Ssuwalki) im Alter von 46 Jahren nach 20-jähriger ärztlicher Tätigkeit. 6) In Paris der frühere Inspektor des französischen Militärsanitätswesens Dr. Annequin. 7) In Berlin der Spezialist für Ohren-, Nasen- und Kehlkopfkrankheiten Dr. Hugo Beckmann, der besonders durch die nach ihm benannte Modifikation des Gottstein'schen Ringmessers zur Entfernung der adenoiden Vegetationen bekannt geworden ist.

Von Universitäten und medizinischen Instituten.

— Ein neues Universitätsstatut soll, wie die «Now. Wr.» erfährt, im Projekt bereits fertig vorliegen, da das alte, wie die letzten Jahre bewiesen haben, völlig unzulänglich ist. Die Hochschule soll nach dem neuen Projekt nur für die Wissenschaft dasein, in keinem Falle aber für Wohltun und Politik. Das Projekt schliesst daher alle Wohltätigkeit, wie sie bisher mit der Hochschule verknüpft war, aus: es fallen somit Konvikte, Speisehallen, Universitätsstipendien u. s. w. weg. Die bei den Universitäten für diesen Zweck bestimmten Kapitalien, sollen Wohltätigkeitsgesellschaften übergeben werden, die dann die Konvikte, Speisehallen errichten und Stipendien sowie Unterstützungen verteilen können, ohne dass die Universitätsobrigkeit sich hineinzumischen hat. Die Autonomierechte, die gegenwärtig so missbraucht werden, sollen ausschliesslich die wissenschaftliche Seite des Universitätslebens betreffen.

— An der Odessaer Universität sind bei der Wahl eines Kandidaten zur Besetzung des bereits 2 Jahre vakanten Lehrstuhls der allgemeinen Pathologie wieder starke Meinungsverschiedenheiten unter den Professoren der med. Fakultät hervorgetreten. Als Kandidaten für diesen Lehrstuhl traten, nachdem Professor Uschinski (Warschau) seine Kandidatur vor der Wahl zurückgezogen hatte, folgende auf: der Privatdozent Dr. L. Tarassewitsch, welcher bereits über 2 Jahre im Auftrage der Fakultät die Vorlesungen über allgemeine Pathologie in Odessa hält, ferner die Doktoren der Medizin Gamaleja (Odessaer Arzt), Dmitrewski und Nedswecki. Der Sitzung wohnten 17 Professoren bei, und zwar 9 rechte und 8 progressive. Bei der Wahl erhielten nun Tarassewitsch 8 weisse und 9 schwarze Bälle, Gamaleja 17 schwarze, Dmitrewski und Nedswecki je 2 weisse und 15 schwarze Bälle. Da somit keiner der 4 Kandidaten gewählt worden ist, so dürfte wie gerüchtweise verlautet, der obengenannte Warschauer Professor Uschinski vom Minister zum Professor der allg. Pathologie an der Odessaer Universität ernannt werden.

— Da die militär-medizinische Akademie bekanntlich wegen der wiederholten Unordnungen bis zum Herbst geschlossen ist, so wurden am 4. Mai den Studenten Urlaubsscheine bis zum 1. September ausgefolgt, wobei ihnen die sonst übliche Vergünstigung des Fahrpreises auf den Eisenbahnen von 60 Prozent nicht eingeräumt wurde. Zugleich wurde den Studenten erklärt, dass ihnen die Stipendien für den Sommer entzogen werden.

— Auf einem allgemeinen Studentenmeeting in der Moskauer Universität, an dem über 2000 Personen sich beteiligten, wurde in der vorigen Woche eine geheime Abstimmung über die Frage der Eröffnung der Universität vorgenommen. Für die Schlies-

sung der Universität bis zum Herbst stimmten 694, für die Eröffnung 722 und für eine bedingte Eröffnung 61 Personen. Das studentische Zentralorgan hat aber die Entscheidung dieses Meetings auf Eröffnung der Universität für ungültig erklärt und eine neue Versammlung anberaumt.

Standesangelegenheiten.

— Die Lodzer Aerzte Dr. A. Tomaszewski und Dr. W. Pinkus, welche wegen Beteiligung an politischen Umtrieben arretiert waren, sind unter der Bedingung freigelassen worden, dass sie für die Dauer des Kriegszustandes Russland verlassen und im Auslande sich aufhalten.

— Wegen Zugehörigkeit zu einer geheimen revolutionären Genossenschaft, die den Umsturz der bestehenden Staatsordnung zum Ziele hat, ist der Student der militär-medizinischen Akademie B. Jochelsohn vom Appelhof zu achtjähriger Zwangsarbeit verurteilt worden.

— Wie eine sibirische Zeitung berichtet, hat bei seiner Ab reise auf der Eisenbahnstation Omsk der Reichsdumadeputierte des Akmolinskischen Gebiets Dr. A. K. Winogradow (Sozialdemokrat) eine Anrede an die ihn komitierenden Personen halten wollen, ist aber durch Soldaten und Kosaken daran verhindert worden, die mit Gewehrkolben und Nagaiken die Leute auseinandertrieben. Es sind viele dabei verletzt worden, darunter auch der Deputierte selbst.

— In den «Wedomosti Gradonatschalstwa», welche häufig über Gebetheilungen berichten, wird in der Nummer vom 2. März die Heilung eines erblindeten Spezialisten für Nervenkrankheiten, Dr. Alexander Gerassimowitsch Alexandrow aus dem Taurischen Gouvernement, durch Gebete des Kronstädter Protohiereis Johann Ssergijew mitgeteilt. Ein Arzt dieses Namens findet sich aber weder in der amtlichen Liste der Aerzte, noch in dem Verzeichnisse der Aerzte im Rickerschen Kalender.

Vereins- und Kongressnachricbten.

— In der letzten Sitzung der Berliner medizinischen Gesellschaft wurde an Stelle von Prof. Senator, der bekanntlich nach Prof. v. Bergmanns Tode erster Vorsitzender geworden ist, der Geh. Sanitätsrat Dr. Volborth zum stellvertretenden Vorsitzenden gewählt. Nach längerer Zeit ist hierdurch dieses Amt wieder mit einem praktischen Arzte besetzt worden, einem alten Herkommen gemäss, das zum ersten Male zu Gunsten Prof. Rob. Kochs durchbrochen worden war.

— Vom Moskauer Pirogowkongress. Am 2. Mai ist der X. Kongress Russischer Aerzte zum Andenken an Pirogow geschlossen worden, nachdem er glücklicherweise ohne vorzeitige Unterbrechung die programmmässige Woche getagt hatte, obschon der Stadthauptmann schon in den ersten Tagen den Ehrenpräsidenten Prof. Salaskin und den Vorsitzenden des Kongressbureaus Prof. Rein darauf hingewiesen hatte, dass der Kongress systematisch von dem wissenschaftlichen Programm nach der politischen Seite hin abweicht, was einen vorzeitigen Schluss desselben zur Folge haben könnte. Die rein wissenschaftliche Ausbeute des Kongrsses ist, soweit sich nach den uns vorliegenden Berichten urteilen lässt, eine recht geringe. Der Kongress beschäftigte sich recht viel mit Dingen, wie die Versorgung der Hungernden, die Arbeiterversicherung, die Erziehung in den Mittelschulen etc., welche nicht zur direkten Aufgabe des Kongresses gehörten. Aber auch rein wissenschaftliche Fragen wurden oft recht unwissenschaftlich behandelt und die Erörterung derselben spielte häufig ins politische Gebiet hinüber. So schloss z. B. die erste feierliche Sitzung (nach einem Bericht der «Now. Wremja») mit einer unendlich langen und ermüdenden Rede des Psychiaters Dr. W. Jakowenko, in welcher er, den wissenschaftlichen Boden verlassend, sich der Politik zuwandte und von verschiedenen nicht vollwertigen Menschen sprach, wie sie sich seiner Ansicht nach in jeder Gesellschaft fänden und die in drei Kategorien zu teilen seien. Zur ersten Kategorie zählte der Redner die Neurastheniker und Hysteriker, die sich seiner Meinung nach ausschliesslich den linken Parteien anschliessen. Zur zweiten Kategorie rechnet er die an Altersschwäche Leidenden, Epileptiker und Degenerierte, welche ausschliesslich das konservative Element ergeben. Die dritte Kategorie endlich bilden die Gewohnheitstrinker, die Gorkischen Typen. Die letzteren schliessen sich, nach der Ansicht des Redners, bald den Linken, bald den Progressisten, bald den Konservativen an, je nachdem, wo für sie der Vorteil liegt. Der Redner bemühte sich dann an einer Reihe von Beispielen zu beweisen, dass alle Konservativen an Schwachsinn leiden und degeneriert sind und sich durch nutzlose und zähe Grausamkeit auszeichnen, wie sie beispielsweise in den Pogromen zu Tage getreten sei. Diese Eigenschaften schrieb er auch den Teilnehmern der Strafexpeditionen zu. Die Grausamkeit der Konservativen habe aber nichts gemein mit der zeitweiligen und zufälligen Grausamkeit der Neuerer, die schnell zum «Allesvergeben» überginge . . . Und solche Ungereimtheiten haben, dem Bericht zufolge, dem Auditorium gefallen, da es den Redner mit stürmischem Applaus auszeichnete.

Verschiedene Mitteilungen.

— Deutscher Zentralverband zur Bekämpfung der Tuberkulose. Die modernen Bestrebungen zur Bekämpfung der Tuberkulose haben einen erfreulichen Fortschritt zu verzeichnen. Es haben sich nämlich dieser Tage die schon vor Jahren begründeten 5 Vereine ehemaliger Patienten bekannter Heilanstalten (Belziger, Gütergotzer, Görbersdorfer, Bucher und Beelitzer) zu einem Zentralverband mit dem Sitz zu Berlin zusammengeschlossen, der sich in seinem Kern also aus früheren Patienten zusammensetzt, die am eigenen Leibe praktische Erfahrungen gesammelt haben. Der Zentralverband bezweckt, ein gesundheitsgemässes Leben unter den Mitgliedern zu fördern. Daran gliedern sich Krankenunterstützung, Hilfe und Unterstützung beim Berufswechsel Lungenkranker, Belehrung über Entstehung und Verbreitung der Krankheit sowie Vorträge von hervorragenden Aerzten über Gesundheitspflege im allgemeinen und Verbreitung von aufklärenden Schriften. Es soll ferner ein Ambulatorium für Lungenkranke begründet werden, das besonders für die Untersuchung im Anfangsstadium und die dauernde Kontrolle der Erkrankten in Betracht kommt. Nach Möglichkeit sollen den Mitgliedern in geeigneten Fällen Kräftigungsmittel zur Verfügung stehen und Erleichterungen für Erholungsreisen in Badeorte, Heilanstalten etc. geschaffen werden. Für Demonstrationszwecke soll ein belehrendes Museum eingerichtet werden.

Zum Vorsitzenden wurde der auf dem Gebiet der Lungenkrankheiten rühmlichst bekannte Prof. Dr. Moeller-Berlin gewählt und zum Generalsekretär der bekannte Berliner Arzt Dr. Weissbein, der Meldung zum Beitritt etc. im Bureau des Zentralverbandes, Berlin, Schiffbauerdamm 2, entgegen nimmt.

— Die diesjährige ärztliche Studienreise, welche am 6. September beginnt ist als Seereise gedacht und verbindet mit dem Besuch der deutschen Ostseebäder zugleich den von Kopenhagen und Stockholm. Da die Teilnehmerzahl aus technischen Gründen eine begrenzte sein muss, ist recht baldige Anmeldung dringend zu empfehlen. Alles Nähere wird binnen Kurzem bekannt gegeben werden. Anfragen sind zu richten an das Komitee zur Veranstaltung ärztlicher Studienreisen, z. H. des Generalsekretärs Dr. A. Oliven, Berlin, Luisenplatz 2/4. (Kaiserin Friedrich Haus).

— Die Statuten eines in St. Petersburg zu eröffnenden Psychoneurologischen Instituts, speziell zum Studium des Gehirns und des Nervensystems, sind soeben bestätigt worden. Zum Eintritt ins Institut sind alle Absolventen und Absolventinnen der Mittelschulen berechtigt. Vorlesungen im Institut werden über Psychologie, Neurologie, Physik, Anatomie, Biologie, Chemie, Pathologie, Anthropologie, Hygiene, Geschichte, Pädagogik etc. gehalten werden. Beim Institut wird ein Ambulatorium, eine Klinik, eine Kinderkrippe, ein Laboratorium, ein Museum und eine Bibliothek eingerichtet. (Her.).

Bf.

✦ Nächste Sitzung des Vereins St. Petersb. Aerzte: Dienstag, d. 18. Sept. 1907.

✦ Nächste Sitzung des Deutschen ärztlichen Vereins: Montag, d. 24. Sept. 1907.



MELLIN'S FOOD

IST NICHT MEHLIG. (35) 5—2.

Es ist erwiesen, dass mehlige Nahrung von ganz kleinen Kindern nicht verdaut wird. In MELLIN'S FOOD ist die Stärke gänzlich in *lösliche Stoffe* verwandelt, die im Organismus leicht in's *Blut* übergehen. Dieses günstige Resultat wird ausserhalb des Organismus durch genaue Nachahmung der Verdauungstätigkeit erzielt, d. h. durch Reichtum an Bestandteilen zur Bildung von *Fleisch, Nerven, Gehirn und Knochen.*

Vollständige Tabellen von Analysen sowie Muster werden den Herren Aerzten von den Vertretern für ganz Russland SHANKS & Co., Moskau, Schmiedebrücke, versandt.

Dr. Brehmer's Heilanstalten für Lungenkranke Pension einschliessliche ärztliche Behandlung Hauptabteilg. **M. 6.50**, Zweigabteilg. **M. 4.25**.

Chefarzt Dr. v. Hahn. **Görbersdorf** Bahnstation Friedland Bez. Breslau.

ANSTALT FÜR WARME BAEDER





Eigenthum der Französischen Regierung. (34) 17—2.

BADE-SAISON.

In der Anstalt VICHY, der besteingerichteten in ganz Europa, sind vorhanden Bäder und Douchen zur Heilung von Magen-, Leber-, Harnblasen-, Harnsalz-, Podagra und anderen Krankheiten.

Täglich vom 15. Mai bis zum 30. September Theater und Concerte im Casino. Musik im Park. Lesecabinetts. Gastzimmer für Damen, Spiel-, Sprechsäle und Billards. Alle Eisenbahnlinien sind mit VICHY verbunden. Frankreich, Departement Allier.

SASSNITZ. Ostseebad auf Rügen. Prospekte und Auskunft gratis u. franko durch die Bade-Direktion.

Das erste Moorbad der Welt

FRANZENSBAD

besitzt die stärksten Stahlquellen, leichtverdauliche Eisensäuerlinge, alkalische Glaubersalzwässer, Lithionsäuerlinge.

Natürliche kohlensäurereichste Stahl-, Mineral-, Sool- und Strombäder, heilkräftige Moorbäder, Dampf-, Heissluft-, elektrische Wannen- und Lichtbäder, medico-mechanisches Institut, Inhalatorium.

Oesterreichs hervorragendstes Herzheilbad.

Bewährt bei: Blutarmut, Bleichsucht, Rheumatismus, Gicht, Nervenkrankheiten, Frauenkrankheiten, Herzkrankheiten.

Saison Mai bis September. Prospekte gratis. (26) 12—4.

Das Krankenutensilienlager des St. Petersburger Samariter-Vereins.

Maximilianowsky Pereulok, 11.

verleiht auf Empfehlung eines Arztes oder eines Mitgliedes des Vereins alle zur Krankenpflege notwendigen Gegenstände wie: Rollstühle, Wassermatratzen, Tragbahren, Krücken, Wannen, Eisbeutel, Irrigatore etc.

Das Lager ist täglich v. 10 bis 5 Uhr (an Sonntagen v. 12 bis 2) geöffnet.

Die Verwalterin ist Dienstags und Freitags v. 2—3 Uhr daselbst zu sprechen.

Adressen von Krankenpflegerinnen:
Frl. Pauline Winkel, Конногвардейскій переулокъ 4, кв. 2.

Herausgeber Dr Rudolf Wanach. Buchdruckerei v. A. Wienecke Katharinenhofer Pr. № 15.

XXXII. JAHRGANG. ST. PETERSBURGER Neue Folge XXIV. Jahrg.

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

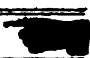
unter der Redaktion von

Prof. Dr. Karl Dehio. Dorpat.
Dr. Johannes Krannhals. Riga.
Dr. Rudolf Wanach. St. Petersburg.

Die „St. Petersburger Medizinische Wochenschrift" erscheint jeden Sonnabend. — Der Abonnementspreis ist in Russland 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr inkl. Postzustellung; in den anderen Ländern 20 Mark jährlich, 10 Mark halbjährlich. Der Insertionspreis für die 3mal gespaltene Zeile in Petitist 20 Kop. oder 45 Pfen. — Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt. — Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.

Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate bittet man ausschliesslich an die Buchhandlung von K. L. Ricker in St. Petersburg, Newsky-Prospekt № 14, zu richten. — Manuskripte sowie alle auf die Redaktion bezüglichen Mitteilungen bittet man an den geschäftsführenden Redakteur Dr. R. Wanach in St. Petersburg, Petersb. Seite, Alexandrowski Pr. 6 zu richten. Sprechst. Dienstag, Donnerstag und Sonnabend 5—6.

№ 20 St. Petersburg, den 19. Mai (1. Juni). 1907.

Dieser № liegt № 4 u. 5 der «Revue der Russischen Medizinischen Zeitschriften» bei. 

Der XIX. Aerztetag der Gesellschaft Livländischer Aerzte

findet vom 17.—19. August a. c. in Dorpat statt. Kollegen welche Vorträge zu halten wünschen, werden gebeten, dieselben spätestens bis zum 1. Juli c. beim Unterzeichneten anzumelden und die Manuskripte in druckfertigem Zustande zum Aerztetage mitzubringen.

Dr. med. Ch. Ströhmberg,
d. Z. Präses der Gesell. livl. Aerzte.

Dorpat, Karlowa Str.. Nr. 6.

Die Tuberkulinbehandlung der chronischen Lungenschwindsucht. Bemerkungen über Davos*).

Von

Dr. med. J. Brennsohn,
in Mitau.

Noch lebt in uns Allen die Erinnerung an jene Zeit fort, als Koch seine Arbeit über ein Heilmittel gegen Tuberkulose veröffentlichte. (1890). Berlin war damals das Zentrum der Welt. Aerzte und Lungenkranke aller Stadien eilten aus allen Erdteilen herbei, die einen, um die Behandlungsmethode kennen zu lernen, die andern, um Heilung von ihrem unheilbaren Leiden zu suchen. Der Enthusiasmus war ein unbeschreiblicher. Doch folgte demselben in kürzester Zeit die Ernüchterung und die Reaktion war um so grösser, je himmelanstürmender die vorhergegangene Begeisterung gewesen war, namentlich nach den von Virchow veröffentlichten Sektionsergebnissen. Fragen wir, weshalb eine von einem so vorsichtigen und gewissenhaften Forscher, wie Robert Koch, inaugurierte Methode so sehr und so bald in Misskredit kommen konnte, so sind der Gründe mehrere zu nennen. Einmal vergass man im Taumel der Begeisterung, dass Koch nur Phthisen ersten Grades als der Heilung zugänglich erklärt hatte und man spritzte, dem Drängen der Kranken nachgebend, Phthisiker aller Stadien, auch solche, deren Auflösung in kürzester Frist zu erwarten war und beschleunigte durch das hinzutretende Reaktionsfieber in vielen Fällen das Ende.

Dann hatte man zu allzu hohen Dosen gegriffen, weil man der Meinung war, dass fieberhafte und zwar hochfieberhafte Reaktionen erzielt werden müssten. Man war damals der Meinung, dass das tuberkulöse Gewebe eingerissen und abgestossen werden müsse. Und das Resultat war in der Tat ein trauriges. Das Tuberkulin verschwand von der Bildfläche so rasch, wie es emporgestiegen war. Nur Koch selbst und einige wenige seiner Schüler setzten, unbeirrt durch die Misserfolge, ihre Arbeiten über die Tuberkulinwirkungen fort und sind ununterbrochen an dem Ausbau der Methode beschäftigt. Auch in Davos, der Stadt der Lungenkranken, werden von den meisten dortigen Aerzten Beobachtungen über Tuberkulinwirkung fortgesetzt und einer von ihnen, Dr. Carl Spengler, ein Schüler Kochs, besitzt auch ein Laboratorium zur Herstellung von Tuberkulin. Er ist ein Sohn des Dr. Alexander Spengler, der Davos als Kurort für Lungenkranke entdeckt hat. Es seien hier einige Worte über die Geschichte von Davos als Kurort eingefügt.

*) Nach einem Vortrag im Mitauer ärztlichen Verein.

Am 6. November 1853 war Dr. Alexander Spengler, ein geborner Mannheimer, nach Davos gekommen, um dort den Posten eines Landschaftsarztes zu übernehmen. Während seiner ärztlichen Praxis machte er die Wahrnehmung, dass die Lungentuberkulose in der Landschaft nur äusserst selten vorkam, obwohl die Wohnungsverhältnisse vielfach zu wünschen übrig liessen. Dagegen sah er nicht selten geborene Davoser, die in ihrer Jugend ins Ausland gegangen waren und dort unter ungünstigen Verhältnissen den Beruf von Zuckerbäckern und Cafetiers übten, trotz kräftiger Konstitution lungenschwindsüchtig in ihre Heimat zurückkehren. Zu seinem Erstaunen erholten sie sich sehr rasch, manche erlangten ihre volle Gesundheit wieder. Auch die Kälte des Hochgebirgswinters brachte ihren kranken Lungen keinen Schaden, sondern schien noch die Genesung zu fördern. Er machte einen Balneologen, Dr. Meyer-Ahrens, darauf aufmerksam, welcher darüber in den „Balneologischen Wanderbildern" (1862) berichtete.

Durch diese Notiz wurden Patienten und Aerzte auf Davos aufmerksam und es begannen Sommerfrischler und Lungenkranke hinzukommen. Ein entscheidendes Ereignis für die Entwickelung des Kurortes wurde das Eintreffen der zwei ersten Wintergäste. Im Februar 1865 kamen zwei Lungenleidende, die in Görbersdorf vergeblich Heilung gesucht hatten, nach Davos, ein sächsischer Arzt, Dr. Fr. Unger und ein norddeutscher Buchhändler, Hugo Richter. Die beiden ersten Wintergäste haben im Jahre 1890 das 25-jährige Jubiläum ihrer Ankunft in Davos in voller Gesundheit gefeiert. Dr. Unger ist 1898 gestorben, Buchhändler Richter befindet sich noch heute in Tätigkeit. Da diese beiden und auch andere Kranke, die durch sie von Görbersdorf hingezogen wurden, ausgezeichnete Erfolge erzielten, vereinigten sich die beiden Aerzte zur Gründung des Kurhauses (1867).

Im Jahre 1869 liess Dr. Alexander Spengler eine Broschüre erscheinen: „Die Landschaft Davos als Kurort gegen Lungenschwindsucht". Aber sein Hinweis auf die Erfolge des Hochgebirges wurde sehr skeptisch aufgenommen. Man glaubte, dass Lungenkranke bei 1560 Meter Höhe Blutungen bekommen müssten, ganz besonders schlimme Folgen fürchtete man von der Kälte. Man hielt die Verordnung, Lungenkranke den Winter in einer Höhe von 1600 Meter verbringen zu lassen, einfach für absurd, spottete über den Verfasser und erklärte seine Versuche für geradezu strafwürdig.

Was seitdem aus dem Kurort geworden, weiss Jedermann. Es giebt nirgends auf der Erde eine Stadt, die so ausschliesslich zur Aufnahme von Lungenkranken eingerichtet ist wie Davos. Sie liegt in einem breiten Langstal, welches von Nordost nach Südwest streicht und zu beiden Seiten von hohen Bergen eingefasst ist und erstreckt sich, eine Villenstadt, in der Ausdehnung von vier Kilometern. Grosse Kuranstalten, Sanatorien und Hotels, die hundert, zweihundert Personen und mehr Raum bieten, wechseln mit Pensionen und Villen, die alle zu Kurzwecken eingerichtet sind. Ja, man kann sagen, dass fast jedes Haus in der Lage ist, Kranke aufzunehmen. Alle Häuser sind an der Südfronte mit gedeckten Balkons, die auch an den obersten Stockwerken nicht fehlen, versehen; am Kurhaus wird auch das Dach als Liegehalle benutzt und breite Glaswände bieten Windschutz. Aber auch für Zerstreuung sorgen grosse Gesellschaftshäuser mit Konzert- und Theatersälen, Unterrichtsanstalten wechseln mit grossstädtischen Kaufläden ab; freie Plätze und Gärten, Promenaden und Kirchen schmücken den Kurort, der über viertausend Gästen Aufnahme zu gewähren vermag und sowohl im Sommer als im Winter von Kranken, Erholungsbedürftigen, Touristen und Liebhabern des Sports besucht wird. In der Höhe der Wintersaison weilen gleichzeitig gegen 3500 Fremde in Davos; im Jahre 1904 war der Kurort im Ganzen von 18671 Personen besucht. Aber auch zum bleibenden Aufenthalte haben sich Lungenkranke da angesiedelt. Die meisten Kaufleute, Handwerker, Lehrer, auch Aerzte, viele Dienstboten, sie alle sind nach oben gekommen, um, wenn auch nicht immer die erwünschte Heilung, so doch ein erträgliches Dasein und Verlängerung ihres Lebens zu finden. Aber auch die Tausende von Kranken, die zum vorübergehenden Aufenthalte in Davos weilen, finden grossenteils Besserung, ein Teil dauernde Heilung. Freilich kann man solch' günstige Resultate nicht in wenigen Wochen erzielen, es sind dazu viele Monate, oft Jahre nötig. Es ist ohne weiteres verständlich, dass nur bemittelte Personen in der Lage sind, die bedeutenden Kosten einer sich über längere Zeit erstreckenden Kur zu tragen. Auch wenn die nötigen Mittel vorhanden sind, ist in den meisten Fällen der Zeitaufwand für die Besserung des Leidens resp. Herstellung ein unverhältnissmässig langer. Die Bestrebungen der Aerzte, durch die spezifische Behandlung die Heilungsdauer abzukürzen, werden daher von den Kranken lebhaft unterstützt. Deshalb hat die Tuberkulinbehandlung neuerdings soviel Anhänger unter Aerzten und Patienten gefunden und sie ersteht wieder, wie der Phönix aus der Asche. Aber nicht nur der Wunsch der Abkürzung der Heilungsdauer trägt zur neuerlichen Ausbreitung der Tuberkulinbehandlung bei, sondern namentlich die Konstatierung der Tatsache, dass in vielen Fällen erst vom Beginn der spezifischen Behandlung an eine deutliche Besserung des Leidens einzutreten pflegt. Die Tuberkulinbehandlung hat noch unter den Aerzten sehr viele Gegner.

Doch muss man seine Gegnerschaft aufgeben, wenn man die Gefahrlosigkeit der gegenwärtigen Behandlungsmethode erkennt. Denn die Reaktionstemperaturen sind nicht mehr hoch fieberhaft, sondern überschreiten nur um einige Zehntel die frühere Temperatur. Nur bei besonders giftempfindlichen Kranken, zu welchen auch die geschlossenen Tuberkulosen gehören, beobachtet man höhere Temperaturen bis 38,5 oder etwas darüber, sonst sieht man Temperaturen nach den Injektionen von 37,1—37,5.

Die spezifische Behandlung mit Tuberkulin ist einfach, solange es sich um afebrile Initialfälle handelt. Schwieriger gestaltet sich die Behandlung vorgeschrittener ulceröser Fälle.

Während Turban die Phthise in 3 Stadien je nach der Ausdehnung des Prozesses teilt (diese Einteilung ist allgemein angenommen), teilt C. Spengler, eigentlich rationeller, die Lungenphthisen in 2 Klassen ein: Nichtfiebernde (inaktive) und Fiebernde (aktive). Jede dieser 2 Klassen wird in je 3 Stadien geteilt: a) geschlossene, b) Initialphthise, c) ulceröse (kavernöse) Phthise.

Diese Einteilung hat den Vorteil, dass man fiebernde und nichtfiebernde Fälle nicht durcheinander wirft und wird sicher mit der Zeit allgemein angenommen werden. Nun ist unter den Aerzten noch immer keine Einigeit über den Beginn der Febrilität einer Phthise, resp. Tuberkulose vorhanden. Ein grosser Teil der Menschen ist ja tuberkulös, ohne klinische Zeichen der Infektion darzubieten und dennoch können die kleinen Giftmengen, von lokalisierten tuberkulösen Herden aus, Kurvenbilder bei sonst gesund Aussehenden geben, welche mit vollkommener Sicherheit eine geschlossene und aktive Tuberkulose annehmen lassen, obgleich die Temperaturen sich kaum über 37° C., im Munde gemessen, erheben. Dies trifft auch für alle diejenigen Fälle zu, welche den typus inversus aufweisen, z. B. morgens 36,8—37,0° C.



und abends 36,0—36,5 C. Alle diese Menschen sind giftempfindlich gegen Tuberkulin und haben eine anatomisch aktive Tuberkulose. Aehnlich liegen die Verhältnisse bei Personen, welche abends 37,0 oder auch nur einige Zehntel darüber und morgens unter 36,0 messen. Letztere sind im allgemeinen weniger giftempfindlich als erstere, aber der geschlossenen subaktiven Tuberkulose absolut verdächtig. Denn der tuberkulosefreie Mensch hat eine Temperaturkurve, welche um vereinzelte Zehntel, höchstens $^1/_2{}^0$ schwankt und nicht selten in nahezu gerader Linie weiterläuft, vor allem niemals 37,0° C. übersteigt, ausser bei Nervösen.

Von der Voraussetzung ausgehend, dass der menschliche Tuberkelbazillus (T. B.) mit dem Perlsuchtbazillus (P. B.) des Rindes ursprünglich gleichartige Infektionsstoffe waren und erst auf ihren Wirten, dem Mensch und dem Rind, zu alternierenden Vaccinen wurden und zu einander in demselben Verhältniss stehen, wie die menschlichen Pocken zu den Kuhpocken, wendet Carl Spengler seit einiger Zeit das Perlsucht-Tuberkulin an (PTO). Die Versuche und Beobachtungen sprechen für die Wahrscheinlichkeit dieser Annahme. Die Isotoxine wirken bedeutend energischer, als die Allotoxine. Für das Rind ist das menschliche Tuberkulin ein Allotoxin und umgekehrt. Dr. M. Handa in Japan machte die Beobachtung, dass bei perlsüchtigen Rindern das PTO, also hier das Isotoxin, viel stärkere Reaktionen hervorrief, als das menschliche Tuberkulin (ATO). Umgekehrt haben Beobachtungen gelehrt, dass PTO beim Menschen zuweilen stärkere Reaktionen hervorrief, als ATO. In solchen Fällen ist anzunehmen, dass die Erkrankung Perlsuchtursprungs sein muss. Das Perlsucht-Tuberkulin (PTO) ist die filtrierte Bouillon, welche den P. B. als Nährboden bis zur Bildung einer bedeckenden Haut, die meist sehr dünn bleibt, gedient hatte. Diese Nährbouillon wird im Brutschrank auf die doppelte Konzentration eingeengt. Den Flüssigkeitsverlust ersetzt man durch Glyzerin, oder Glyzerin und physiologische Kochsalzlösung āā. 1 Teilstrich einer Grammspritze enthält 10 Mgrm. PTO. Eine Grammspritze voll ist gleich 100 Mgrm. PTO. Geringere Verdünnung erzielt man, indem man einen 1 Teilstrich PTO mit 9 Teilstrichen einer $^1/_2$% Karbollösung verdünnt. 1 Teilstrich einer solchen Verdünnung enthält 1 Mgrm. Auf entsprechende Weise können noch weitere Verdünnungen erzielt werden. Die Kanülen an der Spritze, die selbstverständlich luftdicht schliessen muss, müssen aus Platiniridium sein, weil solche Nadeln beliebig oft, ohne stumpf zu werden, ausgeglüht werden können. Die Nadeln müssen vor der Herstellung der Lösungen und vor und nach jeder Injektion ausgeglüht werden. Abszesse kommen dann niemals vor. Die Injektionen werden am Vorderarm gemacht, weil man an demselben am besten den Ablauf der lokalen Reaktionen verfolgen kann, und auf der Streckseite desselben, um die Venen zu vermeiden. Man beginnt (nach C. Spengler) mit 1 Mgrm., bei Schwächlichen und Fiebernden mit $^1/_2$ Mgrm. und noch weniger. Die zweite und jede weitere Injektion wird erst vorgenommen, wenn die Injektionsschwellung der vorangegangenen Injektion in ihren entzündlichen Erscheinungen ganz abgelaufen ist, d. h. wenn kein Gefühl vermehrter Wärme am Arm verspürt wird. Zurückbleibende umschriebene Knoten ohne lokale Temperatursteigerung kontraindizieren nicht weitere Injektionen, wohl aber verbietet sich jede weitere Injektion, so lange Spuren von Oedem am Arm vorhanden sind, d. h. solange Dellen auf Fingerdruck zurückbleiben. Je nach dem Vermögen des Organismus, die ödematösen Infiltrate zu resorbieren, fallen die Pausen kürzer oder länger aus. Man injiziert, wenn alle Bedingungen dazu erfüllt sind, in 2—3tägigen Pausen, zuweilen ist man genötigt, bis 8 Tage und auch länger zu pausieren. Die Dosis kann nun verdoppelt oder je nach dem subjektiven Befinden nur um Milligramme gesteigert werden, manchmal muss sogar dieselbe Dosis wiederholt werden, nie jedoch eine kleinere, ausser bei der Etappenbehandlung. So wird diejenige Behandlung genannt, bei der man nach Erreichung der höchsten Injektionsdosen nach einer längeren Pause wieder eine neue Serie von Injektionen macht. Man kann bei Einhaltung dieser Regeln oft in wenigen Monaten die höchsten Dosen ohne Schaden für den Organismus erreichen und nach der Erfahrung gute Heilresultate erzielen. Oft ist man zu einer andern Methode der Tuberkulinbehandlung genötigt. Wenn es sich um stark fiebernde Tuberkulöse handelt und man jede stärkere Reaktion vermeiden will, um sie nicht weiter zu schwächen, so schiebt man zwischen die höheren Dosen einige Einreibungen von Tuberkulin ein, anfangs von 1 und rasch steigend auf 20 und 100 Mgrm.

Diese perkutane Einreibungsmethode wird auch am Arm ausgeführt, indem man mit den Fingern die betreffende Tuberkulinmenge kräftig in die Haut einreibt; es tritt dann eine leichte Reaktion oder auch Entfieberung ein; dann geht man wieder zu den Injektionen über. Kinder, namentlich in den ersten Lebensjahren, werden ausschliesslich mit Einreibungen behandelt.

Die Resultate, die mit der Tuberkulinbehandlung erzielt werden, sind in der Tat ermutigend. Wenn man die günstigen Erfolge und die Gefahrlosigkeit der Methode beobachtet, so giebt man den Skeptizismus auf, mit dem man gewöhnlich an die Methode herantritt. Namentlich in Davos, wo man sich häufig erst an den Gedanken gewöhnen muss, dass man Phthisiker vor sich hat. Die meisten haben eine von der Sonne gebräunte Gesichtsfarbe, sind meist gut genährt und die Stimmung in den Sanatorien bei den Mahlzeiten unterscheidet sich keinenfalls von der in einem gewöhnlichen Hotel in einem Vergnügungsort. Wenn auch die C. Sprengler'sche Behauptung, dass $99^1/_2$% aller Fälle von Tuberkulose, die schwersten abgerechnet, durch Tuberkulin heilbar sind, nicht allgemein anerkannt ist, so hat doch Spengler das unbestreitbare Verdienst, unentwegt am Ausbau der Methode gearbeitet und am meisten zur Beseitigung des Skeptizismus beigetragen zu haben. Auch andere Forscher melden günstige Resultate. Dem Jahresbericht der Deutschen Heilstätte in Davos (Dr. Brecke) pro 1904 ist zu entnehmen, dass von den 128 in den Jahren 1902—04 mit T. B. aufgenommenen, welche mit Tuberkulin behandelt worden sind, 43 = 33,6 % die T. B. verloren, während von den 181 ohne Tuberkulin behandelten, blos 25 = 13,2 % ihre Bazillen verloren. Freilich ist bei dieser Zusammenstellung zu berücksichtigen, dass gerade die ungünstigsten Fälle nicht zur spezifischen Behandlung herangezogen werden und dass von den leichten manche auch ohne Tuberkulin gute Erfolge erzielen. Aber auch bei 25 mit Tuberkulin behandelten 3. Stadiums, welche anfangs T. B. im Auswurf hatten, konnten vor der Entlassung keine Bazillen mehr nachgewiesen werden. Ebenso werden aus den Lungenheilstätten des Tieflandes günstige Resultate der Tuberkulinbehandlung gemeldet. Doch die klimatischen Bedingungen im Verein mit der hygienisch-diätetischen Behandlung, die immer die Hauptfaktoren in der Therapie der Phthisie bleiben werden, erfüllen nur einen Teil der Erwartungen; ein sehr grosser Teil der Patienten muss immer wiederkommen und in den Fremdenlisten der Kurorte und Sanatorien findet man immer wieder dieselben Namen. Es ist daher nicht zu verwundern, wenn die Patienten, durch die langjährige und kostspielige Sanatoriumsbehandlung ermüdet, eine rascher wirkende Behandlungsmethode wünschen, andererseits zeigt es den strebenden Arzt,

seinen Teil zur Klärung der kausalen Behandlungsmethode beizutragen. So vereinigen sich mehrere Faktoren, um der so lange diskreditierten Tuberkulinbehandlung neue Wege zu öffnen, zumal sie in den letzten Jahren so modifiziert, umgestaltet und verbessert ist, dass deren richtige Anwendung mehr kein Risiko für den Kranken darbietet. Man hat die frühere Auffassung, dass „Reaktionen" und zwar „hohe Reaktionen" nötig seien, ganz aufgegeben; man wird fieberhafte Reaktionen möglichst vermeiden, wenn sie auch nicht zu umgehen sind. Man ist auch von der Auffassung, die man noch vor wenigen Jahren hatte, dass das Krankhafte „einzureissen" sei und eliminiert werden müsse, ganz abgekommen; man stellt sich vielmehr die Wirkung des Tuberkulins so vor, dass durch dasselbe leichte reaktive Vorgänge um den Krankheitsherd ausgelöst werden, die die Abgrenzung desselben vom gesunden Gewebe und seine Abkapselung erleichtern und ermöglichen und so der Naturheilung zu Hilfe kommen.

C. Spengler in Davos hat auf die Qualität in der Tuberkulose-Aetiologie hingewiesen; durch bestimmte Färbungsmethoden unterscheidet er den Perlsuchtbazillus (P. B.) von dem menschlichen T. B. Der T. B. gehört zu den säurefesten Bazillen, der P. B. dagegen ist äusserst säureempfindlich. Er besitzt eine dicke Wachshülle, die nach Säureeinwirkung wieder den grössten Teil des aufgenommenen Farbstoffs verliert. Man darf daher die P. B. nicht nach der gewöhnlichen Ziehlschen Methode färben, sondern nach einer modifizierten, die im wesentlichen in der Färbung mit kaltem Ziehlschen Karbolfuchsin, d. h. ohne Erwärmung und ohne irgend eine Säurebehandlung besteht. Dann erscheinen die P. B. leuchtend rot, auch grösser, länger und dicker, als man je die menschlichen T. B., mit den gewöhnlichen Säuremethoden behandelt, zu sehen bekommt. Nach C. Spengler hat die Phthise eine Doppelätiologie; der Verlauf derselben sei ein verschiedener, je nach der Bazillenspezies, mit denen der Körper infiziert sei. Es gebe Phthisen mit ausschliesslichem Perlsucht-Bazillenbefund (in etwa 5% aller Fälle), die einen gutartigen Verlauf darböten, gegenüber Phthisen, bei denen sich ausschliesslich menschliche T. B. nachweisen liessen und deren Prognose eine ungünstige sei; eine dritte Art von Phthisen, die häufigste, mit symbiotischem Zusammenwirken beider Bazillenarten, der bovinen P. B. und der menschlichen T. B., besässe einen mehr chronischen Verlauf. Da nun nach Spengler die Tuberkuline der P. B. und T. B. sich zu einander wie Vaccine verhielten, so hätte man nach Feststellung der Bazillenart, mit dem Tuberkulin der entgegengesetzten Bazillenart die Behandlung zu beginnen. Für den praktischen Arzt, der nicht über die genügende Zeit für die bakteriologische Untersuchung verfüge, genüge es, falls er durch eine Tuberkulininjektion eine übermässige, langdauernde fieberhafte Reaktion erhielte, das Tuberkulin der entgegengesetzten Art anzuwenden, um Unterbrechung des Fiebers zu bewirken. So verhielten sich denn die Tuberkuline der beiden Bazillenarten, noch mehr die Emulsionen derselben, wie wirkliche Gegengifte.

Wenn sich diese Lehre bestätigt, so wäre die Menschheit um ein Gewaltiges in der Tuberkulose-Bekämpfung vorwärtsgekommen. Jeder Arzt hat die Pflicht, nach seinem besten Wissen und Können mitzuarbeiten und Bausteine für das Gebäude der spezifischen Behandlung herbeizuschaffen.

Was meine eigenen Erfahrungen mit der Tuberkulinbehandlung (mit PTO) anbetrifft, so sind dieselben sehr ermutigend. In den Fällen, wo die Behandlung zu einem vorläufigen Abschluss gelangt ist, beobachtete ich Besserung des Allgemeinbefindens, Hebung der Kräfte, Nachlass des Hustens und Auswurfs, Abnahme der Schweisse, Zunahme des Körpergewichts, Besserung der lokalen Symptome. Als Illustration diene eine kurze Schilderung der Krankheitsbilder einiger Fälle.

Frl. E. H., 27 a. n., aus Mitau. Seit 1 Jahr andauernde Temperaturerhöhungen; Husten mit spärlichem Auswurf ohne TB; mehrfache Haemoptyse; l. O. L. schleppt nach, abgeschwächtes Atmen. Lebhafte fieberhafte Reaktionen (bis 39°) im Beginn der Tuberkulinbehandlung, die die Diagnose sicherstellten, später jedoch ganz ausblieben, so dass ich bald zu den Dosen von 100 mgrm. PTO gelangen konnte. Erfolg der Behandlung ein positiver. Allgemeinbefinden, Appetit und Kräfte heben sich, Husten nebst Auswurf nehmen allmählich ab und verschwinden; Patientin überwindet eine in der Stadt herrschende Influenzaepidemie rasch und ohne Folgen, nimmt darauf 8 Pfund an Körpergewicht zu, sieht blühend aus, hat jedoch noch praemenstruelle Temperaturerhöhungen. Eine Etappenbehandlung ist in Aussicht genommen.

Frau E. O., 38 a. n., aus Pankelhof, seit vielen Jahren krank. Mehrfache Haemoptyse; Nachtschweisse; grosse Abmagerung; Anaemie; Puls 126. L. o. L. gedämpft, kleinblasige Rhonchi. Verschärftes und verlängertes Exspirium. Husten mit Auswurf, in dem spärliche TB. Die Tuberkulinkur erzielt einen vollen positiven Erfolg. Temperatur wird andauernd normal, Husten und Auswurf verschwinden, Körpergewicht nimmt von 120 Pf. auf 129 Pf. zu, Puls langsam, regelmässig, meist unter 100, auch 72 gezählt. Aussehen gut.

Diese aus der Praxis herausgegriffenen Fälle dürften zeigen, dass einerseits die Tuberkulinkur ohne irgend einen Schaden für den Organismus durchgeführt werden kann, andererseits der günstige Erfolg ohne Voreingenommenheit derselben zugeschrieben werden darf. Dabei ist zu erwähnen, dass diese Resultate erreicht sind bei Einhaltung der gewöhnlichen Lebensweise der Patienten, die aus wirtschaftlichen und ökonomischen Gründen ihren Tagesgeschäften im Hause und ausserhalb desselben nachgehen mussten und eine regelrechte Luftliegekur nicht vornehmen konnten. Was die Liegekur anbetrifft, die erst von Peter Dettweiler als integrierender Bestandteil der Tuberkulosebehandlung eingeführt ist, so leuchtet ihre Anwendung eo ipso ein. So wie bei der chirurgischen Tuberkulose der Knochen und Gelenke die Ruhigstellung derselben neben den hygienisch-diätetischen Maassnahmen das wichtigste Moment der Behandlung ist, so ist a priori dasselbe von der Tuberkulose der Lungen anzunehmen. Der günstige Verlauf derselben bei begleitender Pleuritis, der bereits von den alten Aerzten beobachtet ist, sowie bei Pneumothorax, beruht auch auf Ruhigstellung der Lungen; zur Behandlung der Lungenphthise ist sogar der künstliche Pneumothorax empfohlen worden. Doch wird die Liegekur, die schablonenmässig überall angewandt wird, vielfach übertrieben. Vergessen wir nicht, dass Brehmer seine günstigen Erfolge ohne Liegekur, ja mit einer Bewegungskur erzielt hat. Auf Rokitanskys Sektionsbefunde des kleinen Herzens bei Phthisikern sich stützend, baute er darauf seine Theorie der Phthisisentstehung auf.

Darnach sollte diese ihre Ursache in dem kleinen, mangelhaft entwickelten Herzen haben, wodurch den Lungen wenig Blut zugeführt werde und sie infolge dessen leichter erkranken. Daher auch seine Methode, durch viele Bewegung auf ansteigenden Wegen das Herz und somit die Lungen zu kräftigen. Er war somit ein Vorläufer der Oertelschen Terrainkur der Herzkranken. Auch in Davos wurden in der ersten Zeit die Lungenkranken mit Bergsteigen behandelt und genasen ebenfalls.

Bei dem eminent chronischen wechselnden Verlaufe der chronischen Lungenschwindsucht, bei der auch sonst Besserungen und Heilungen vorkommen, lässt sich nicht der bestimmte Beweis erbringen, ob die günstigen Erfolge der von mir erwähnten Fälle gerade der Tuberkulinanwendung zuzuschreiben sind. Für Skeptiker sind solche Fälle nicht beweisend. Wenn aber festzustellen ist, dass erst vom Beginn der Tuberkulinbehandlung an eine günstige Beeinflussung zu konstatieren ist, so ist das ungezwungen der eingeleiteten Tuberkulinbehandlung zuzuschreiben. In dieser Hinsicht ist folgender Fall bemerkenswert:

Frl. E. S., 22 a. n., aus Mitau, seit 3 Jahren nach einer linksseitigen Pleuritis lungenkrank, befindet sich im 3. letzten Stadium der Lungenschwindsucht. Andauernde Temperaturen bis 39,6; Puls 120 und darüber; profuse Schweisse; grosser Kräfteverfall, vermag nicht ungestützt im Bette zu sitzen; Infiltration der ganzen linken Lunge, im linken Oberlappen Kavernensymptome,; diffuse Bronchitis über beiden Lungen; Sputummenge ca. 100 Ccm. mit unzähligen TB. Auf mehrfache Aufforderung der Angehörigen, denen ich die Aussichtslosigkeit der Tuberkulinkur in diesem vorgerückten Stadium erkläre, beginne ich unter Mitbehandlung des Dr. O. die Tuberkulinkur mit $^1/_{100}$ mgrm. PTO. Zu meinem Erstaunen trat eine Reaktion auf diese Dosis ein. Die geringste Dosis, nach der eine Reaktion bis jetzt beobachtet wurde, ist $^1/_{10}$ mgrm. Diese Reaktion äusserte sich in einer rechtsseitigen Pleuritis sicca, die unter bedeutenden Schmerzen und Temperaturerhöhung bis 39,9 an dem der Injektion folgenden Tage mit deutlichen Reibegeräuschen eintrat und nach 3 Tagen bereits zurückging. Die kleinen Tuberkulindosen wurden fortgesetzt und nach der 3. Injektion von $^1/_{40}$ mgrm. PTO trat plötzlicher Abfall der Temperatur bis zur Entfieberung ein; Allgemeinbefinden besserte und die Kräfte hoben sich; die Ronchi auf der rechten Lunge verschwanden; Sputum-Menge ging bis auf 17 Ccm. zurück. Diese Entfieberung hält noch, jetzt 2 Wochen, an. Wenngleich an dem endlichen letalen Ausgang der Krankheit nicht zu zweifeln ist, ist doch die, wenn auch temporäre günstige Beeinflussung des Verlaufes durch Tuberkulin in einem so vorgerücktem Stadium sehr bemerkenswert.

Wir haben bereits oben erwähnt, dass C. Spengler seine Tuberkulinkur mit 1 mgrm. PTO beginnt, bei schwächlichen Personen und geschlossener Tuberkulose mit $^1/_2$ mgrm. Ich beginne gewöhnlich mit $^1/_{20}$ mgrm. und noch weniger und habe auch dabei lokale und allgemeine Reaktionen beobachtet. Im Allgemeinen leitet man jetzt die Behandlung mit sehr kleinen, fast homöopathischen Dosen ein. Auf die gleiche Anfangsdosis reagieren die verschiedenen Personen auf verschiedene Weise. Eine geschlossene Tuberkulose reagiert lebhafter, weil sich noch keine Immunstoffe gebildet haben, anders bei der offenen Tuberkulose, wo, durch die Tuberkulin-Toxine veranlasst, eine lebbaftere Bildung von Abwehrstoffen eingetreten ist. Auch die von Spengler angenommene Qualität der Phthisisätiologie würde die Giftempfindlichkeit mancher Tuberkulose-Fälle erklären. Während Koch 1 Mgrm. als Anfangsdosis empfohlen hatte, begann schon seiner Zeit Biedert mit $^1/_2$ Mgrm. Alt-Tuberkulin, bei fiebernden und empfindlichen Patienten mit $^3/_{10}$ und $^1/_{10}$ mgrm. Götsch beginnt mit $^1/_{10}$ mgrm. und geht bei fieberhafter Reaktion auf $^1/_{100}$ mgrm. zurück. Turban wendet als Anfangsdosis $^1/_{100}$, auch $^1/_{200}$ mgrm. Alt-Tuberkulin an. Er hat schon bei $^1/_{40}$ mgrm. allgemeine und lokale Reaktionen gesehen und erwähnt, dass die Steigerung der Dosen eine so verschiedene war, dass er bei dem einen Patienten noch nicht über $^1/_2$ mgrm. gekommen war und die Kur mit Erfolg abschloss, während andere Patienten 100 mgrm. und selbst 150 mgrm. erhalten mussten. Petruschky fängt gewöhnlich mit $^1/_{10}$ mgrm. an und steigt bis 100 mgrm. Noch kleinere Anfangsdosen wählt Denys $^1/_{100}$—$^1/_{1000}$—$^1/_{10000}$ mgrm. Er steigt, unter möglichster Vermeidung fieberhafter Reaktionen in vorsichtiger Weise, wo angängig, bis 1 grm. In gleicher Weise verfahren Schnöller und Frey. Bemerkenswert ist die Empfehlung von Aufrecht, fiebernde, selbst schon vorgeschrittenere Patienten, mit wiederholten Dosen von $^1/_{10}$ bis $^1/_{40}$ mgrm. Tuberkulin zu behandeln. Mit diesem Vorgehen will er wiederholt Entfieberung erzielt haben. Auch Philippi erwähnt, dass es ihm in der letzten Zeit gelungen sei, bei 2 Patienten mit ca. 2 Monate lang anhaltenden Fiebersteigerungen bis 37,5 mit kleinsten Dosen von Tuberkulin — $^1/_{100}$ bis $^1/_{600}$ mgrm. — eine schon über Wochen anhaltende Entfieberung zu erzielen.

Was die Resultate anlangt, so ist es bei einem so eminent chronischen Leiden mit wechselvollem Verlauf verfrüht, von Heilung zu sprechen. Doch wird von den verschiedensten Seiten günstige Beeinflussung des Verlaufs durch Tuberkulinbehandlung gemeldet. Philippis 35 mit Tuberkulin behandelten Fälle weisen alle einen positiven Erfolg auf: sie zeigen ein besseres Heilungsresultat, als die ohne Tuberkulin behandelten. Von 28 fieberlosen Patienten II. oder III. Stad., welche die Tuberkulinkur mit TB. im Sputum begannen, verloren 12 = 42,9 % die TB., gegenüber 98 fieberlosen Patienten gleicher Stadien, die nicht mit Tuberkulin behandelt wurden, von denen nur 11 = 11,2 % die TB. verloren. Besonders überraschend und für die Tuberkulinkur beweisend war die verhältnissmässig schnelle Besserung in den Fällen, die schon vorher entweder eine lange Kur (9 Fälle), oder mehrere hygienisch-diätetische Kuren im Hochgebirge (5 Fälle) durchgemacht hatten. Turban teilt aus seinem Material mit, dass von seinen Tuberkulinpatienten mit TB.haltigem Auswurf 52,6 % einen Dauererfolg erzielten, von den Nichttuberkulinpatienten mit TB.haltigem Auswurf nur 39,4 %. Von seinen Tuberkulin-Patienten waren bei Abschluss seiner Statistik 47,7 % bazillenfrei, während von den entsprechenden Nichttuberkulin-Patienten nur 27,4 % bazillenfrei waren. Die Deutsche Heilstätte für Minderbemittelte in Davos, in der der grösste Teil der Patienten mit Tuberkulin behandelt wird, weist in ihrem Jahresbericht 1905 folgende Zahlen auf. Von den Tuberkulin-Patienten (153 Fälle) gebessert 94,8 %, ungebessert 4,6 %. Von den Nichttuberkulin-Patienten (34 Fälle) sind gebessert 29,4 %, ungebessert 70,6 %. Wenngleich wir aus den Aufstellungen nicht immer ersehen, ob Tuberkulin- und Nichttuberkulin-Patienten sich im gleichen Stadium der Krankheit befanden, so ist doch der immerhin unverkennbar günstige Einfluss der Tuberkulinbehandlung nicht wegzuleugnen.

Wie sehr der günstige Erfolg von der Anwendungsweise abhängig ist, ist daraus zu ersehen, dass bei Dettweiler nur 4 von 128 Patienten, = 3,1 %, die nach der ursprünglichen Methode mit Tuberkulin behandelt wurden, die TB. im Sputum verloren.

Auch über Behandlung chirurgischer Tuberkulose mit spezifischer Therapie werden günstige Erfolge mitgeteilt. So berichtet Hoffa-Berlin über Erfahrungen mit Marmoreks-Serum, unter dessen Anwendung Fistelgänge sich rasch schlossen und tuberkulöse Gelenkschwellungen rapid zurückgingen. Diese von allen Seiten gemeldeten Erfolge der spezifischen Therapie machen es uns zur Pflicht, unsern Lungenkranken eine Tuberkulinkur nicht vorzuenthalten.

Doch ist dazu eine Schulung des Arztes erforderlich, indem sich die Tuberkulinbehandlung nicht nach dem

Buche erlernen lässt, sondern durch Studien an einem grösseren Krankenmaterial.

Literatur.

Koch, R. Weitere Mitteilungen über ein Heilmittel gegen Tuberkulose. Deutsche med. Woch. 1890. Nr. 48/9.

Petruschky, Joh. Kochs Tuberkulin und seine Anwendung beim Menschen. Berliner Klinik, Febr. 1904.

Spengler, Carl. Ueber Tuberkulin-Behandlung. Davos 1897.

Idem. Tuberkulin-Behandlung im Hochgebirge. Davos 1904.

Idem. Klassenstadieneinteilung der Lungentuberkulose und Phthise und über Tuberkulinbehandlung. Abdruck aus Festschrift zum 60. Geburtstag von Robert Koch. Jena 1903.

Idem. Ein neues immunisierendes Heilverfahren der Lungenschwindsucht mit Perlsuchttuberkulin. Deutsche med. Woch. 1904, Nr. 31.

Idem. Ein neues immunisierendes Heilverfahren der Lungenschwindsucht mit Perlsuchttuberkulin. Das Agglutinationsvermögen, ein Selbstinfektionsversuch und eine differential-diagnostische Färbemethode der Perlsuchtbazillen. Ibidem 1905, Nr. 31.

Idem. Ein neues immunisierendes Heilverfahren der Lungenschwindsucht mit Perlsuchttuberkulin. Ueber das Agglutinationsvermögen bei 80 mit Perlsuchttoxinen immunisierten Tuberkulösen. Ibid 1905, Nr. 34.

Idem. Die Doppelätiologie der tuberkulösen Phthise und die Vakzinationsbehandlung. Wiener klin. Rundschau 1906, Nr. 38.

H. Philippi. Die Lungentuberkulose im Hochgebirge. Stuttgart 1906.

H. Frey. Ueber die spezifische Behandlung der Tuberkulose. Leipzig und Wien. 1905.

A. Schnöller. Theoretisches und Praktisches über Immunisierung gegen Tuberkulose. Strassburg 1905.

A. Moeller. Spezifische Behandlung der chronischen Lungenschwindsucht. In Handbuch der Therapie der chron. Lungenschwindsucht von Schröder und Blumenfeld. Leipzig 1904.

Jahresbericht 1904 und 1905 der „Deutschen Heilstätte" für minderbemittelte Lungenkranke in Davos.

Davos. Ein Handbuch für Aerzte und Laien. Davos 1905.

Bücheranzeigen und Besprechungen.

Handbuch der Gynäkologie, herausgegeben von J. Veit. Band I. Wiesbaden, Verlag von J. F. Bergmann, 1907.

«Schneller als erwartet werden konnte, ist eine neue Auflage dieses Handbuchs nötig geworden» — so leitet Veit die neue zweite Auflage, die uns im ersten Bande vorliegt, ein. Das umfassende, mehrbändige Handbuch wird von einer Reihe hervorragender Gynäkologen herausgegeben. Ein Teil derselben, die bei der Bearbeitung der ersten Auflage tätig gewesen, sind durch den Tod entrissen, wie Gessner, Löhlein, Gebhardt und Viertel, andere haben wegen Ueberhäufung mit anderweitiger Arbeit ihre Mithilfe entziehen müssen, wie Fritsch, Frommel, Nagel und Winternitz.

Der erste Band enthält: die Verhütung der Infektion in der Gynäkologie (Franz), Lage- und Bewegungsanomalien des Uterus und seiner Nachbarorgane (Küstner), Myome und Fibrome des Uterus (Meyer), Aetiologie Symptomatologie, Diagnostik, Prognose der Myome (Veit), die elektrische Behandlung der Uterusmyome (Schaeffer), die palliative Behandlung und die vaginalen Operationen der Uterusmyome (Veit), die abdominalen Myomoperationen (Olshausen), Myom und Schwangerschaft (Olshausen).

Was an neuen Fragen und Gesichtspunkten hinzugekommen, hat Berücksichtigung gefunden, neue Operationsmethoden und Modifikationen werden beschrieben und andere, über deren Wertschätzung beim Erscheinen der ersten Auflage noch ein definitives Urteil nicht gefällt werden konnte, kritisch beleuchtet. So findet sich in dem von Küstner bearbeiteten Kapitel über die operative Behandlung der Retroversio-flexio vieles Neue, die nach der einen, wie nach der andern Seite gesammelten Resultate und Dauerheilungen führen zu einer kritischen Beleuchtung der verschiedenen Operationsverfahren. So liegen z. B. jetzt eine grössere Reihe von Beobachtungen über den suprasymphysären Kreuzschnitt nach Küstner und dessen Modifikation nach Pfannenstiel vor. Die Operateure sind mit den Erfolgen zufrieden. Die abdominale Verkürzung der Lig. rotunda hat auch in letzter Zeit mehr Anwendung gefunden. Die schlimmen Erfahrungen, welche man im Laufe der Jahre an Frauen, die vaginofixiert waren, während der Geburt erlebt hat, veranlasst Küstner zu der Bemerkung, «dass die Operateure von den Misserfolgen viel gelernt haben, und jetzt wohl kaum ein Operateur bei einer zeugungsfähigen Frau den Uterus so hoch vaginal fixiert, dass ernsthafte Schwangerschafts- und Geburtsstörung später zu erwarten ist».

In gleicher Weise sind alle neueren Arbeiten und Errungenschaften auf dem Gebiet der Myomoperationen in der neuen Auflage berücksichtigt worden. Da finden sich die neuesten Gesichtspunkte betreffs der Operationstechnik per vaginam und per abdomen, die Resultate dieser, wie jener Operationsweise. In den engen Rahmen eines Referates kann nicht mehr ins Detail eingegangen werden, es sei hier nochmals auf das Erscheinen der neuen Auflage in ihrer vorzüglichen Ausstattung mit einer stattlichen Anzahl schöner Abbildungen aufmerksam gemacht.

Lingen.

O. Burwinkel: Die Lungenschwindsucht, ihre Ursachen und Bekämpfung. Gemeinverständliche Darstellung aus der Sammlung „Der Arzt als Erzieher", Heft 2, gr. 8, 48 S., München 1907, Verlag der „Aerztlichen Rundschau" (Otto Gmelin). II. vermehrte und verbesserte Auflage. Preis 1 Mark.

In mustergültiger, lichtvoller Darstellung behandelt der schon durch andere ähnliche Veröffentlichungen bekannte Nauheimer Kurarzt in der vorliegenden Broschüre die häufigste und verheerendste Volksseuche, die Lungenschwindsucht. Nach einer kurzen Erörterung des Begriffs, der Verbreitung und Bedeutung der Tuberkulose schildert er in allgemein verständlicher Weise und mit möglichster Vermeidung aller Fremdwörter die Ansteckungsgefahr, den Erkrankungsvorgang sowie die ererbte und die erworbene Krankheitsdisposition, bei welcher letzteren namentlich auf die Schädlichkeiten der Lebensweise, des Berufs und Gewerbes aufmerksam gemacht wird. Die nächsten Kapitel sind der Bekämpfung der Krankheitserreger und der Verhütung der Ansteckungsgefahr gewidmet. Als die wichtigsten Mittel zur Bekämpfung der Tuberkulose als Volkskrankheit werden Hebung des hygienischen Niveaus, Erziehung zur Selbstzucht und Reinlichkeit hingestellt. Die Behandlung der Tuberkulose bildet das Schlusskapitel, in welchem bei der Besprechung der arzneilichen Behandlung dieser Krankheit dem von Koch vorgezeichneten Wege (Tuberkulineinspritzungen) eine begründete Aussicht auf Erfolg in der Bekämpfung dieser Krankheit zugesprochen wird. Nur in einem Punkte können wir dem Verf. nicht beipflichten, nämlich seiner Ansicht, dass die Heilstätten für die Bekämpfung der Tuberkulose als Volkskrankheit einen geringen Wert haben und dass noch keineswegs klare Ergebnisse inbezug auf die von ihnen angestrebten wirtschaftlichen Ergebnisse vorliegen sollen. Dem widerspricht strikt sowohl das auf der in voriger Woche in Berlin abgehaltenen Generalversammlung des deutschen Tuberkulosekomitees vorgelegte, den Heilstätten günstige statistische Material der deutschen Landesversicherungsanstalten, als auch die Tatsache, dass auf dieser Versammlung von den zahlreichen Rednern ausnahmslos der hohe Wert der Heilstätten hervorgehoben wurde, obwohl mehrere von ihnen früher öfter gegen die Heilstätten aufgetreten waren.

Abgesehen von dieser Aussetzung kann die kleine Broschüre vom Arzt seinen Klienten als ein wertvoller Ratgeber zur Verhütung und Bekämpfung der in Rede stehenden Krankheit durchaus empfohlen werden.

Bernhoff.

Protokolle des Vereins St. Petersburger Aerzte.

Sitzung vom 19. Dezember 1906.

1. Bormann (als Gast) Ueber Haarparasiten bei Kindern. (Ist im Druck erschienen).

Diskussion:

Schiele: In Petersburg scheinen, ähnlich wie in Frankreich, die Mikrosporonfälle häufig zu sein, im Gegensatz zu Deutschland.

Was die Behandlung betrifft, so ist die Röntgentherapie selbstverständlich von ausgezeichneter Wirkung; nur sollte man doch nicht den Wert der medikamentösen Therapie absolut leugnen. Jedenfalls ist es eine Tatsache, dass die Mikrosporonerkrankungen mit den Jahren häufig von selbst heilen, wie sie ja in erster Linie eine Krankheit des Kindesalters darstellen.

Bormann zweifelt daran, dass es sich in den Fällen von Heilung ohne Röntgenbehandlung wirklich um mikroskopisch sicher diagnostizierte Mikrosporonfälle gehandelt habe. Diese Fälle sind ungemein hartnäckig und trotzen jeder medikamentösen Therapie.

2. Arronet stellt den Pat. vor, welchen er vor 3 Wochen in der Sitzung des Vereins demonstrierte. Es handelt sich um eine eitrige Tendovaginitis des rechten Zeigefingers, welche nach Bier mit Stauung behandelt worden ist. Nach 2 kleinen Einschnitten im Bereich des 1. Phalengealgelenk und in der Hohlhand, am Ende der Sehne wurde bei loser Tamponade im Laufe der ersten 4 Tage die Stauungsbinde für eine Zeitdauer von 20—22 Stunden angelegt. Darauf im Verlaufe von 3 Tagen für 18 Stunden und die 2. Woche im Verlaufe von 8—10 Stunden. — Am 6. Tage der Behandlung hatte sich in der Gegend der Grundphalanx ein fluktuierender Abszess gebildet, welcher durch einen kleinen, dritten Einschnitt entleert wurde. — Schmerzen waren während der ganzen Behandlungsdauer nicht vorhanden. — Nach dem dritten Einschnitt nahm die Schwellung des Fingers rasch ab. — Jetzt nach 3 Wochen Behandlung sind die Schnitte bis auf den obersten Einschnitt, die Infektionspforte, bereits geschlossen. Der Finger kann in toto flektiert werden, die gebeugte Stellung des Fingers hält jedoch noch an und die Bewegung an den Fingergelenken ist noch keine normale. Es unterliegt trotzdem schon jetzt keinem Zweifel, dass die Sehne erhalten geblieben und funktionsfähig ist und dass ausserdem die Zeitdauer der Behandlung bedeutend abgekürzt wurde. Nach meinen Erfahrungen auf diesem Gebiet lässt sich mit Bestimmtheit annehmen, dass der Finger mit der Zeit seine volle Funktion wiedererlangen wird, — was jedenfalls als ein grosser Fortschritt auf dem Gebiete der Behandlung der eitrigen Sehnenscheidenentzündungen zu bezeichnen ist. — Diese wirklich grossen Erfolge auf dem Gebiete einer so häufigen chirurgischen Erkrankung waren auch die Veranlassung, weswegen ich mir erlaubt habe, die Aufmerksamkeit der versammelten H. Kollegen in Anspruch zu nehmen. Ich hoffe, dass durch häufigere Anwendung dieser Behandlungsmethode so mancher Finger erhalten bleiben wird, welcher sonst — bei den grossen Schnitten mit ausgiebiger Tamponade — rettungslos seine Funktion einbüsst.

(Autoreferat).

3. Blessig berichtet über den von ihm in der vorigen Sitzung vorgestellten, inzwischen operierten Fall von narbigem Verschluss der Lidspalte: Kryptophthalmus cicatriceus.

Es handelte sich um fast vollständige narbige Verwachsung der rechten Lidspalte bei gleichzeitiger Atrophie des linken Augapfels. In der äussern, wie auch in der inneren Lidecke je eine enge Oeffnung, aus der etwas Tränenflüssigkeit und Schleim aussickert. Die Sonde gelangt durch die äussere Oeffnung etwa ½ Cm., durch die innere etwa 1 Cm. tief in den offenbar noch teilweise erhaltenen Konjunktivalsack. Im Uebrigen keine Spur einer Lidspalte, die Wimpernreihe des oberen Lides wohlerhalten, der untere Lidrand ganz verstrichen, in die Narbe aufgegangen. Die so verwachsenen Lider lassen sich ziemlich frei über dem anscheinend darunter vorhandenen, nahezu normal gestalteten und beweglichen Augapfel verschieben. Lichtempfindung erhalten. Anamnese ganz ungenau: eitrige Entzündung der Augen im 8. Lebensjahr (Pat. ist 22 J. a.). In Anbetracht der völligen Blindheit des andern Auges schien Vortr. der Versuch einer Eröffnung der Lidspalte und Freilegung des Augapfels gerechtfertigt, zumal Pat. einen solchen selbst wünschte. Da ein Teil des Konjunktivalsackes sicher erhalten war, schien es nicht ausgeschlossen, dass eine wenn auch nur teilweise freie und klare Hornhaut zutage gefördert werden könnte, was für den jetzt ganz Blinden von grösster Bedeutung.

Die am 1. Dezember ausgeführte Operation ergab leider ein ganz negatives Resultat. Nach Trennung der verwachsenen Lider in einer der Lidspalte entsprechenden Linie dicht unterhalb der Wimpernreihe des Oberlides, erwies sich das letztere allerdings zu einem grossen Teil frei, indem der obere Fornix Konjunktivae recht gut erhalten war. Das Unterlid aber war flächenhaft mit dem vordern Pol des Augenapfels, also mit der Hornhaut verwachsen, diese mithin total narbig.

Es war auffallend, wie rasch die eröffnete Lidspalte sich nachher wieder narbig zusammenzog.

Trotz dieses negativen Resultats im vorliegenden Fall, wäre Vortr. in etwa noch vorkommenden analogen Fällen doch geneigt einen solchen Versuch zu wiederholen, da die Hornhaut nicht immer so total festgewachsen zu sein brauchte.

(Autoreferat).

Blessig spricht über Verletzungen des Auges durch rückwärts explodierende Gewehrpatronen.

Veranlasst ist die Mitteilung durch zwei soeben in der St. Petersburger Augenheilanstalt beobachtete Fälle von Verlust eines Auges durch Explosion einer Zentralfeuer- resp. einer Berdanpatrone. Der erstere Fall betraf einen Studenten, der die Verletzung auf der Jagd erlitten hatte. Ausgedehnte penetrirende Wunde (Ruptur) an der Korneoskleralgrenze, Irisvorfall (der sogleich abgetragen wird), Haemophthalmus, V = 0. Am zweiten Tage beginnende Panophthalmitis. Bei der nun vorgenommenen Evisceration des Auges wird das im Augeninnern steckende Zündhütchen (Kupferpiston aus dem Metallboden der Zentralfeuerpatrone) zu Tage gefördert. Vortr. hat im Laufe der Jahre ausser diesem noch 5 analoge Fälle in der Augenheilanstalt gesehen. Meist handelte es sich um Jagdunglück. Der Hergang der Verletzung war in allen 6 Fällen der gleiche: beim Versuch, die Patrone gewaltsam (durch Aufschlagen oder kräftiges Aufdrücken) in den Lauf hineinzupressen, explodierte diese rückwärts, wobei der Piston das Auge traf. In 2 von diesen Fällen hatte er nur das obere Lid durchschlagen und lag der nicht perforierten Sklera auf, 1 mal kam er von selbst in einer penetrierenden Skierawunde zum Vorschein, 3 mal (so auch im letzten Fall) wurde er erst bei der Evisceration aus dem Augeninnern hervorgeholt. In einem weitern Fall kam es durch eine solche Explosion zum Verlust des einen Auges bei schwerer Verletzung des andern (Aderhautriss), ohne dass ein Teil der Patrone ins Auge gedrungen war. Zum Glück ging der Aderhautriss am zweiten Auge nicht durch die Gegend der Macula lutea, so dass eine brauchbare Sehschärfe erhalten blieb. (Pat. steht gegenwärtig in diplomatischen Diensten). Der Fall von Verletzung durch eine Berdanpatrone war auf die gleiche Weise geschehen und hatte einen jungen Bauern gleichfalls auf der Jagd betroffen. Pat. kam erst mehrere Wochen nach der Verletzung zur Aufnahme. In den Resten des an Panophthalmitis zu Grunde gegangenen Augapfels sass ein grosses Stück des kupfernen Mantels der Patrone (ca. 4 cm. lang, 2—3 cm. breit). Die der Fremdkörper-Sammlung der Augenheilanstalt einverleibten Corpora delicti: 6 Pistons und das Mantelstück werden demonstriert.

(Autoreferat).

Diskussion:

Wanach fragt, ob die Röntgendiagnostik nicht auch für die von Blessig besprochnen Fälle herangezogen werden könne.

Blessig: Eine genaue Lokalisierung des Fremdkörpers im Auge durch Röntgenstrahlen ist schwierig. Prinzipiell ist die Hinzuziehung der Röntgendiagnostik gewiss richtig. Das Sehvermögen war in den betr. Fällen schon vor der Operation verloren.

Tagesnachrichten.

Personalia.

— Am 15. Mai beging Dr. Demetrius Nikolski in St. Petersburg das 25-jährige Jubiläum seiner Tätigkeit als Fabriksarzt und Leiter des Newski-Fabrikkrankenhauses hierselbst.

— Der ordentliche Professor der speziellen Pathologie und Therapie und Direktor der therapeutischen Hospitalklinik an der Universität Tomsk Dr. Kurlow ist auf den Lehrstuhl der medizinischen Diagnostik und der therapeutischen Fakultätsklinik dieser Universität übergeführt worden.

— Der ausserordentliche Professor der chirurgischen Hospitalklinik der Universität Kiew Dr. Wolkowitsch ist zum ordentlichen Professor befördert worden.

— Der Oberarzt des Gratiskrankenhauses und der Heilanstalt für ambulante Kranke auf den Namen des Kaisers Nikolaus II. bei dem Kiewer Pokrow-Nonnenkloster Dr. W. Jaroschewski ist zum Ehrenleibmedikus des Allerhöchsten Hofes ernannt worden.

— Dem ordentlichen Professor der Chirurgie und Direktor der chirurgischen Klinik an der Universität München, Geheimrat Dr. v. Angerer, wurde vom Prinzregenten von Bayern der Titel und die dienstliche Stellung eines I. Leibarztes verliehen. Prof. v. Angerer ist ein Schüler der Professoren Linhart und Bergmann und seit 1890 Nachfolger von Prof. Nussbaum und zugleich Generalarzt à la suite des Sanitätskorps mit dem Range eines Generalmajors.

— Der Chefredakteur der «Berliner Klinischen Wochenschrift» Professor Dr. Karl Anton Ewald ist von der Universität Maryland (Amerika) bei Gelegenheit ihrer 100-jährigen Stiftungsfeier zum Ehrendoktor erwählt worden. Er beabsichtigte die Ehrung persönlich in Baltimore entgegenzunehmen, die Ausführung der Reise ist aber in letzter Stunde unmöglich geworden.

— Aus Anlass der Linnéfeier ist Prof. Dr. Haeckel in Jena von der Universität Upsala zum Ehrendoktor der Medizin ernannt worden.

— Der Rigasche Arzt und medizinische Stadtrat von Riga Dr. Rudolf Heerwagen ist nach Ablauf der Wahlperiode zum Stadtrat wiedergewählt worden. Seine Gage ist auf Antrag des Stadtamts auf 4000 Rbl. (ohne Recht einen Nebenberuf zu haben) festgesetzt worden.

— Der Berliner Stadtverordnetenvorsteher Dr. med. Langerhans vollendete vor einigen Tagen sein 87. Lebensjahr. Der greise Ehrenbürger von Berlin, welcher im Jahre 1864 die Doktorwürde erlangt hat und seit 1875 der Berliner Stadtverordnetenversammlung angehört, leitet noch bis zum heutigen Tage in seltener Rüstigkeit und Frische die Versammlungen der Stadtverordneten im Berliner Rathause.

— Dem bekannten Chirurgen Dr. Herm. Kümmell dirig. Arzt der chirurg. Abteilung des Ependorfer Krankenhauses, ist vom Hamburger Senat der Professortitel verliehen worden. Dass Prof. Kümmell einen Ruf nach Breslau als Nachfolger Prof. Garrés erhalten, aber abgelehnt habe, erklärt die «Tägl. Rundschau» aus zuverlässiger Quelle für unrichtig. Prof. Kümmell soll einen Ruf nach Breslau überhaupt nicht erhalten haben.

Nekrologe:

Verstorben sind: 1) Am 7. Mai in St. Petersburg der Konsultant des Ressorts der Kaiserin Maria und Arzt des VIII. Gymnasiums, Staatsrat Dr. Andreas Tereschtschenko, im 53. Lebensjahre. Der Verstorbene, welcher fast 30 Jahre die ärztliche Praxis ausgeübt hat, war auch Arzt bei der Pokrowgemeinschaft barmherziger Schwestern. 2) In Moskau am 9. Mai der frühere langjährige Militär-Medizinalinspektor des dortigen Militärbezirks, wirkl. Geheimrat Dr. Leonhard Sauszinski, im Alter von 72 Jahren. Im vorigen Jahre beging er das 50-jährige Jubiläum seiner ärztlichen Tätigkeit. In früheren Jahren war er auch Präsident der Gesellschaft der Militärärzte in Moskau. 3) In Orscha (Gouv. Mohilew) der dortige freipraktizierende Arzt Dr. Ludwig Tschernishowski im 72. Lebensjahre. In nächster Zeit hätte er sein 50-jähriges Arztjubiläum feiern können. 4) Am 9. Mai in St. Petersburg der Sanitätsarzt des Alexander Newski-Stadteils Dr. Fedor Ippolitow nach schwerer Krankheit im 63. Lebensjahre. Die Venia practicandi hatte er i. J. 1872 erlangt, worauf er längere Zeit Landschaftsarzt im Pleskauschen Gouvernement war. 5) Am 2. Mai in Paris der bekannte Psychiater Ch. Feré im 52. Lebensjahre. 6) In Chicago der ausserordentliche Professor der Gynäkologie am College of Physicians and Surgeons Dr. George Newton.

— Am 5. Mai verschied hier nach kurzem Krankenlager der auch in weiteren Kreisen bekannte ältere Ordinator des Obuchowhospitals, Staatsrat Dr. Ernst Dreypölcher, an einer phlegmonösen Angina und wurde am 9. Mai unter zahlreicher Beteiligung der Kollegen, Freunde und seiner ehemaligen Patienten aus der St. Annenkirche auf dem Wolkowo-Kirchhofe zur letzten Ruhe bestattet. In St. Petersburg im Jahre 1847 geboren und hierselbst auch erzogen, widmete sich Dreypölcher dem Studium der Medizin an der damaligen mediko-chirurgischen Akademie, welche er im Jahre 1871 mit dem Arztegrade absolvierte. Seine ärztliche Laufbahn begann er nach einigen Monaten als supernumerärer Arzt an der männlichen Abteilung des Obuchowhospitals, dem er bis zu seinem Lebensende treu geblieben ist. Am 2. März d. J. konnte er schon das 35-jährige Jubiläum seiner ärztlichen Tätigkeit an diesem Hospital begehen, bei welcher Gelegenheit ihm auf der schlichten internen Feier Worte der Anerkennung und warme Beglückwünschungen seitens der Stadtverwaltung, der Kollegen und Dienstgenossen zuteil wurden. Dr. Dreypölchers Leben wäre ruhig dahingeflossen in gewissenhafter und korrekter Ausübung seiner ärztlichen Pflichten im Hospital sowie in seiner recht ausgebreiteten Privatpraxis, wenn nicht vor jetzt mehr als 20 Jahren ein unglücklicher Inzidenzfall, durch den er das unschuldige Opfer eines Missverständnisses wurde, sein Leben jahrelang verbittert und seine Geduld sowie seine Standhaftigkeit auf eine harte Probe gestellt hätte. Dreyp. hatte nämlich als Dejourant in dem damaligen Erkundigungsbüreau für vakante Betten in den Stadthospitälern eine alte Kranke im letzten Stadium der Schwindsucht wegen Ueberfüllung aller Hospitäler abweisen müssen und sie auf die Polizeistation zur Aufnahme in das dort befindliche Krankenzimmer geschickt. Nach Irrfahrten zwischen zwei Polizeistationen, in denen die Kranke ebenfalls keine Aufnahme fand, langte die Kranke endlich im Barackenhospital an, wo sie aber schon nach einer Stunde verstarb. Obschon Dr. Dreypölcher gar nicht imstande war, der Kranken die nötige Hülfe zu leisten, da er an dem Tage nicht als Ordinator und auch nicht Dejourant im Hospital, sondern im Erkundigungsbüreau fungierte und als solcher überhaupt nicht aufnehmen, sondern nur die Auskunft erteilen konnte, dass in keinem Hospital ein freies Bett vorhanden war, so wurde er doch vor Gericht gestellt und von den Geschworenen schuldig befunden, dadurch dass er einer Kranken die Hülfe versagt und sie in ungenügender Bekleidung fortgeschickt, ihren Tod beschleunigt zu haben, auf welches Verdikt hin das Gericht ihn zum Verlust aller besonderen und von Geburt ihm zukommenden Rechte, sowie zur Verbannung ins Archangelsche Gouvernement verurteilte.

Dieser Prozess und sein unerwarteter Ausgang erregten allgemein ein peinliches Aufsehen. Die zahlreichen Sympathie- und Beileidsbezeugungen, welche Dr. Dreypölcher aus diesem Anlass von den medizinischen Gesellschaften St. Petersburgs und dem besseren Teil der Presse zuteil wurden, legten ein Zeugniss ab, wie tief die bessere Gesellschaft und der Aerztestand empört waren über die Verurteilung eines unschuldigen Menschen und Arztes, der alles getan hatte, was er im gegebenen Falle tun konnte und dem unvernünftiger Weise die Mangelhaftigkeit unseres Hospitalwesens, für die er nicht verantwortlich sein kann, zur Last gelegt wurde. Erst nach fast zweijährigen Plackereien erreichte Dr. Dreypölcher die Aufhebung der Verurteilung und seine volle Rehabilitierung.

Der Hingeschiedene genoss als Arzt das Zutrauen seiner Patienten und erfreute sich auch der Achtung und Liebe seiner Kollegen, Freunde und Bekannten. Sein Name wird daher stets einen guten Klang bei uns haben und sein Andenken immer ein ehrenvolles sein bei allen, die ihn gekannt haben.

Von Universitäten und med. Instituten.

— Dem unlängst nach Ausdienung der gesetzlichen Dienstfrist verabschiedeten Professor der Chirurgie an der militärmedizinischen Akademie Dr. M. Subbotin ist es gestattet worden, in der Eigenschaft eines Privatdozenten Vorlesungen in seinem Fache an der Akademie zu halten.

— Von der mil.-med. Akademie. Die auf Anordnung des Kriegsministers zur weiteren Aufklärung in Sachen der relegierten Studenten der Akademie unter Vorsitz des Professors Dianin niedergesetzte Kommission hat nach Prüfung des von diesen Studenten zu ihrer Rechtfertigung vorgestellten Materials gefunden, dass keine Beweise für die Schuldlosigkeit der Relegierten vorgebracht seien. Dennoch wurde beschlossen um Strafmilderung zu petitionieren. Die nur mit Ausschluss bestraften Studenten, könnten wieder aufgenommen werden, falls sie einen Arrest von 1—2 Monaten bei der Kommandantur während der Sommermonate durchmachen. — Wie verlautet, soll demnächst die Frage entschieden werden, ob die jetzige mil.-med. Akademie zu einer streng militärischen Hochschule reorganisiert oder eine medizinische Fakultät bei der Universität werden soll.

— Von der Moskauer Universität. Das zentrale Universitätsorgan hat vorläufig seine Kläg-

liche Rolle ausgespielt, da es seine Tätigkeit bis zum Herbst eingestellt hat, so dass die jetzt wieder aufgenommenen Arbeiten ohne Störung fortgesetzt werden können. Die von diesem Zentralorgan getroffene Verfügung, dass die Universität bis zum Herbst als geschlossen zu betrachten sei, hat jedenfalls auf die Studenten, die ihre Beschäftigungen in der Universität seit Beginn dieses Monats wieder fortsetzen, keinen Eindruck gemacht.

— Ein Kongress von Vertretern der Studentenschaft ganz Russlands ist, wie die «Now. Wr.» erfährt, zu Anfang Juni in Moskau geplant. Es soll u. a. die Frage der Demokratisierung der Wissenschaft und das gemeinsame Vorgehen der Studentenschaft zur Erreichung dieses Zieles auf der Tagesordnung stehen.

— Eine Massenverhaftung russischer Studenten hat am 10./23. Mai in Berlin stattgefunden, da ein Teil derselben mit den Berliner Anarchisten enge Fühlung genommen hatte und eine grosse Menge terroristischer Literatur bei ihnen gefunden wurde. Sechs von ihnen sind als lästige Ausländer bereits ausgewiesen worden, darunter der stud. med. Mendel Umanski, der sich bei der Verhaftung eines falschen Passes bediente, die Zahntechnikerin Maimon und der stud. med. Seidenberg.

— Der Verein studierender Pharmazeuten an der Dorpater Universität, dessen Statuten im Februar 1903 bestätigt wurden, hat sich, wie aus Dorpat gemeldet wird, an die Universitätsobrigkeit mit dem Gesuch gewandt, seinen Gliedern das Tragen von Farben, und zwar schwarz-himmelblau-rot zu gestatten.

Vereins- und Kongressnachrichten.

— Resolutionen des X. Pirogowkongresses. Der Kongress hat die Verwaltung beauftragt, ein neues Programm für das medizinische Studium auszuarbeiten, da seiner Meinung nach das jetzige veraltet ist und den Bedürfnissen der Neuzeit nicht entspricht. Es wurde als notwendig anerkannt, die Frage anzuregen, die Examina auf den Grad eines Dr. med. abzuschaffen und nur einen gelehrten Grad, den Arztgrad, festzusetzen. Ferner wurde beschlossen, beim Minister der Volksaufklärung inbetreff der Notwendigkeit einer Verbesserung der Bildung und Erziehung in den Mittelschulen vorstellig zu werden. Es wurde auch für notwendig befunden, dem Aerzteverbande den Charakter eines professionellen Vereins zu geben und einen speziellen Verband der Fabrikärzte zu organisieren. Zum Versammlungsort des XI. Kongresses, der im Jahre 1909 stattfinden soll, wurde Odessa gewählt.

— Der II. internationale Kongress für physikalische Therapie wird in diesem Jahre vom 13.—16. Oktober n. St. in Rom tagen.

Standesangelegenheiten.

— In dem von der Reichsduma am 1. Mai angenommenen Gesetzentwurf, betreffend den Etat der Reichsduma, sind für die Kanzlei dieser Duma zwei Aerzte vorgesehen, von denen einer ein Gehalt von 2600 Rbl., der zweite von 1400 Rbl. bezieht.

— Der jüngere Arzt des 137. Njeshinskischen Infanterieregiments Alexander Skurchowitsch, welcher zugleich mit dem Kommandeur und anderen Offizieren dieses Regiments zur gerichtlichen Verantwortung gezogen war für einen in der Zeitung «Russkoje Slowo» von ihnen veröffentlichten Brief an den Leutenant Smirnski, in welchem sie gegen dessen Herausforderung des Reichsdumadeputierten Jakobson (aus Kurland) zum Duell protestierten, ist vom Moskauer Militär-Bezirksgericht zur Festungshaft von 3 Monaten und Entziehung einiger Dienstrechte verurteilt worden.

— In Melitopol (Gouv. Taurien) sind nach einer Haussuchung im Landschaftshospital der Kreisarzt Dr. Wlad. Alexandrow, der Feldscher Köschkin und der Student Awerjanz arretiert worden.

— Aus Sewastopol ist auf Anordnung des Generalgouverneurs der dortige freipraktizierende Arzt J. Liebersohn verbannt worden.

— Erhöhung der ärztlichen Honorare in Berlin. Eine grosse Anzahl Berliner Aerzte hat sich neuerdings zusammengeschlossen und durch Unterschrift sich zu einer Erhöhung der Honorarsätze für Privatpatienten vom 1. Mai ab verpflichtet. Sie berechnen jetzt für eine Beratung in der Sprechstunde mindestens 2 Mark und für einen Besuch zu Hause mindestens 3 Mark. Diese Mindestsätze erhöhen sich bei Beratungen ausserhalb der Sprechstunde, welche sofort oder für eine bestimmte Zeit verlangt werden. Für Extraleistungen (Verbände, Einspritzungen etc.) sowie für spezialistische Vorrichtungen wird der taxenmässige Zuschlag erhoben. Für Beratungen und Besuche in der Zeit von 9 Uhr abends bis 8 Uhr morgens wird mindestens das Doppelte oder Dreifache der sonst geforderten Sätze berechnet. Für eine Impfung incl. Impfschein sind mindestens 3 Mark, für einen Totenschein incl. Besuch mindestens 6 Mark zu entrichten. Nachtbesuche, Bescheinigungen und Hülfeleistungen bei Patienten, die dem Arzt unbekannt sind, müssen sofort honoriert werden. Rechnungen werden sofort nach Beendigung der Behandlung zugesandt. Diese Bestimmungen werden auf Plakaten im Wartezimmer des Arztes ausgehängt. 89 Aerzte haben bereits diese Vereinbarung unterzeichnet.

Verschiedene Mitteilungen.

— Die Sammlung für die Dr. Fritz Schaudin-Gedächtnisstiftung ist mit 85,710 Mark abgeschlossen. Die Stiftung wird von einem Ausschuss, dessen Sitz in Hamburg und dessen Vorsitzender Prof. Dr. Nocht, Leiter des Instituts für Schiffs- und Tropenkrankheiten, ist, verwaltet und steht unter der Oberaufsicht des Hamburgschen Senats.

— Dem bekannten Otologen Prof. Dr. Politzer, der in diesem Semester wegen Erreichung der Altersgrenze in den Ruhestand tritt, wird von seinen Kollegen und Schülern eine goldene Medaille überreicht werden und ist zu diesem Zweck eine Sammlung eröffnet worden. Auskünfte erteilt Prof. G. Polek, Wien, Kärntnerstrasse 39.

— Das Komitee für die Errichtung des Rudolf-Virchow-Denkmal, das aus Mitgliedern des Berliner Magistrats, Stadtverordneten sowie aus Aerzten und Künstlern besteht, hat den neuen Entwurf des Bildhauers Klimsch angenommen. Gefordert wurde nur noch, dass an der Rückseite des Denkmals ein Relief angebracht werde, das Virchow als Lehrer im Kreise seiner Schüler zeigt.

— Die Wasserheilanstalt Marienbad in Dubbeln am Rigaschen Strande geht infolge Ablebens des Besitzers Dr. Kitta-Kittel an die Wittwe des Verstorbenen über und wird von ihr unter der bisherigen Firma und der Leitung eines erfahrenen Arztes weitergeführt.

— Ein neues Lepraheilmittel. Wie Prof. Dr Deyke-Pascha und Oberarzt Reschad Bey aus dem kaiserlich-ottomanischen Leprakrankenhause «Guelhane» zu Konstantinopel in der «Deutschen med. Wochenschr.» mitteilen, haben sie in einem Falle von schwerer Lepra ein Bakterium, das sie Streptotrix leproides nennen rein gezüchtet und nach langen Bemühungen ist es ihnen auch gelungen, aus den Kulturen den wirksamen Bestandteil zu gewinnen, — einen krysallisierbaren Fettkörper, den sie wegen seines dichten Gefüges «Mastin» nennen. Mit diesem Mastin wollen nun die beiden Forscher in mittelschweren und leichten Leprafällen den leprösen Prozess meist zum Stillstand gebracht, im allgemeinen wenigstens ein Zurückgehen der leprösen Symptome erzielt haben. In schweren Fällen wurde ein Schlimmerwerden des Krankheitsprozesses verhütet, in schwersten Leprafällen dagegen war das Mittel ohne Einfluss.

Es wäre wünschenswert, dass das neue Mittel, welches hoffentlich von den Entdeckern zu weiteren Versuchen zur Verfügung gestellt wird, auch in den ostseeprovinzialen Leprosorien geprüft würde.

Bf.

— Die Gesamtzahl der Kranken in den Zivilhospitälern St. Petersburgs betrug am 26. April d. J. 10984 (102 mehr als in der Vorwoche), darunter 610 Typhus — (155 mehr), 818 Syphilis — (45 wen.), 355 Scharlach — (14 wen.), 211 Diphtherie — (18 mehr), 188 Masern — (15 mehr), und 13 Pockenkranke — (4 mehr als in der Vorw.).

— Die Gesamtzahl der Sterbefälle in St. Petersburg betrug in der Woche vom 22. bis zum 26 April d. J. im ganzen 1017 (544 M., 473 W.), darunter an folgenden Krankheiten:

Typhus exanth. 0, Typhus abdom. 27, Febris recurrens 0, Typhus ohne Bestimmung der Form 1, Pocken 0, Masern 55, Scharlach 26, Diphtherie 23, Croup 0, Keuchhusten 10, Kroupöse Lungenentzündung 51, Erysipelas 1, Grippe 9, Katarrhalische Lungenentzündung 95, Ruhr 1, Epidemische Meningitis 0, Akuter Gelenkrheumatismus 0, Parotitis epidemica 0, Rotzkrankheit 0, Anthrax 0, Hydrophobie 0, Puerperalfieber 2, Pyämie und Septicaemie 14, Tuberkulose der Lungen 123, Tuberkulose anderer Organe 20, Alkoholismus und Dilirium tremens 19, Lebensschwäche und Atrophia infantum 57, Marasmus senilis 35, Krankheiten des Verdauungskanals 155, Totgeborene 52.

Am 5. Mai d. J. betrug die Zahl der Kranken 11268 (284 mehr als in der Vorwoche.), darunter 639 Typhus — (29 mehr), 878 Syphilis — (60 mehr), 360 Scharlach — (5 mehr), 238 Diphtherie — (27 mehr), 185 Masern — (3 wen.) und 12 Pockenkranke (1 wen. als in der Vorw.)

— Die Gesamtzahl der Sterbefälle in St. Petersburg betrug in der Woche vom 29. April bis 5. Mai d. J. im ganzen 931 (509 M., 422 W.), darunter an folgenden Krankheiten:

Typh. exanth. 3, Typh. abd. 19, Febris recurrens 0, Typhus ohne Bestimmung der Form 2, Pocken 0, Masern 66, Scharlach 23, Diphtherie 24, Croup 0, Keuchhusten 3. Croupöse Lungenentzündung 38, Erysipelas 4, Grippe 6, Katarrhalische Lungenentzündung 91, Ruhr 1, Epidemische Meningitis 0, Acuter Gelenkrheumatismus 0, Parotitis epidemica 0, Rotzkrankheit 0, Anthrax 0, Hydrophobie 0, Puerperalfieber 5, Pyämie und Septicaemie 20, Tuberculose der Lungen 99, Tuberculose anderer Organe 23, Alkoholismus und Delirium tremens 12, Lebensschwäche und Atrophia infantum 45, Marasmus senilis 29, Krankheiten der Verdauungsorgane 121, Totgeborene 49.

Kuhmilch *verändert* sich durch

MELLIN'S FOOD,

welches das Kasein verdünnt und verändert und auf diese Weise die Menge der nötigen Eiweisskörper vermehrt.

MELLIN'S FOOD, mit frischer Kuhmilch vermischt, vermehrt die Menge der nötigen leicht assimilierbaren

KOHLEHYDRATE.

MELLIN'S FOOD macht die in der Kuhmilch enthaltenen Aschenbestandteile nach ihrer Zusammensetzung ähnlich der Asche der Frauenmilch.

Vollständige analytische Tabellen und Proben werden den Herren Aerzten durch die Vertreter für Russland SHANKS et Co., Moskau, Kusnezki Most, zugesandt.

Dr. Brehmer's Pension einschliessliche ärztliche Behandlung Hauptabteilg. **M. 6.50**, Zweigabteilg. **M. 4.25.**

Heilanstalten für Lungenkranke

Chefarzt Dr. v. Hahn. **Görbersdorf** Bahnstation Friedland Bez. Breslau.






Ostseebad auf Rügen.
Prospekte und Auskunft gratis u. franko durch die **Bade-Direktion.**

Producte aus dem natürlichen dem Wasser entzogenen Salze

VICHY (VICHY ÉTAT)

Die Quellen gehören der Französischen Regierung.

PASTILLES VICHY-ÉTAT 2 oder 3 Bonbons nach dem Essen fördern die Verdauung.

COMPRIMÉS VICHY-ÉTAT zur Selbst-Bereitung des alkalisch moussirenden Wassers.

Das erste Moorbad der Welt

FRANZENSBAD

besitzt die stärksten Stahlquellen, leichtverdauliche Eisensäuerlinge, alkalische Glaubersalzwässer, Lithionsäuerlinge.
Natürliche kohlensäurereichste Stahl-, Mineral-, Sool- und Strombäder, heilkräftige Moorbäder, Dampf-, Heissluft-, elektrische Wannen- und Lichtbäder, mediko-mechanisches Institut, Inhalatorium.

Oesterreichs hervorragendstes Herzheilbad.

Bewährt bei: **Blutarmut, Bleichsucht, Rheumatismus, Gicht, Nervenkrankheiten, Frauenkrankheiten, Herzkrankheiten.**

Saison Mai bis September. *Prospekte gratis.*
(26) 12—5.

Wildbad Württemb. Schwarzwald

Endstation der Linie Pforzheim-Wildbad. **Warme**, seit Jahrhunderten bewährte **Heilquellen** geg. Rheumatismus u. Gicht, Nerven- u. Rückenmarksleiden, Neurasthenie, Jschias, Lähmungen, Folgen von Verletzungen, chron. Leiden der Gelenke u. Knochen. **Dampf-** und **Heissluftbäder, Elektrotherapie, Neubau für schwed. Heilgymnastik, Massage, Schwimmbad, Luftkuren** (430 m ü. d. M.), Sommerfrische, berühmte Enz-promenade, herrliche Tannenwälder, Kurkapelle, Theater, Fischerei.

Prospekte durch die **Kgl. Badverwaltung.**

Im Deutschen Alexander-Hospital wird Nachweis erteilt über zur Zeit dienstfreie Pfleger und Pflegerinnen für die private Krankenpflege (gegen Zahlung von 50 Kop.)

Avis für praktische Aerzte!

Soeben erhalten
komplette Sätze und einzelne Teile von

Stau- und Saug-Apparaten

Modelle der königl. Chir. Universitäts-Klinik Bonn, nach Prof. Biers und Dr. Klapps Methode,

zur schmerzlosen Ausheilung, in schonendster Weise, ohne Schnitt und Drainage, auf dem einfachen Wege des Saugens, von verschiedenerlei entzündlichen Erkrankungen (Furunkel, Karbunkel, Abszesse, Bubonen, Tonsillen, Fistel, Mastitis, Panaritien, Gonorrhoe etc.).

Illustriertes Preisverzeichnis nebst kurzer Gebrauchsanweisung u. Auswahl der einschlägigen Fachliteratur wird an Reflektanten gratis verabfolgt.

Const. Malm,

St. Petersb. Morskaja, 34. Telephon № 1392.



Unter den zahlreichen im Handel befindlichen Abführmitteln hat kein einziges so leichte und schnelle Verbreitung gefunden wie der

Kalifornische Feigen-Syrup

„KALIFIG"

(Name gesetzlich geschützt)

wird von den Herren Aerzten als zuverlässiges, angenehmes, leicht und sicher wirkendes Abführmittel empfohlen, welches dank seinem angenehmen Geschmack besonders für die Frauen- und Kinderpraxis geeignet ist. Hat keine schädlichen Nebenwirkungen. Die Gebrauchsart ist bei jeder Flasche angegeben.

In allen Apotheken erhältlich.

Haupt-Depôt für St. Petersburg bei Herrn Stoll & Schmidt,
„ „ „ Moskau. . . . . „ d. Gesell. W. K. Ferrein,
„ „ „ Odessa . . . . „ Herren J. Lemmé & Co.
„ „ „ Warschau . . . „ Herrn Fr. Karpinski.

California Fig Syrup Co. London, E. C. 31/32 Snow Hill.

Aerzte — Proben gratis und franko.

BAD KUDOWA

Reg.-Bez. Breslau.
Bahnst. Kudowa oder Nachod.
400 m über dem Meeresspiegel.

Saison: Vom 1. Mai bis Oktober.

Arsen-Eisenquelle: Gegen Herz-, Blut-, Nerven- und Frauenkrankheiten.
Lithionquelle: Gegen Gicht, Nieren- und Blasenleiden.
„**Neu erbohrte**, ausserordentlich kohlensäurereiche und so ergiebige Quelle, dass sie **auch schon allein** den grössten Anforderungen entsprechen kann".
Natürliche Kohlensäure- und Moorbäder.
Neuerbaut: Comf. Kurhotel, Theater- und Konzertsäle, Anstalt für Hydro-, Elektro- und Lichttherapie, Medicomechanisches Institut.

Brunnenversand das ganze Jahr.

Prospekte gratis durch die Büros **Rudolf Mosse, Reisebüros** und

Die Bade-Direktion.

BAD HALL (Oberösterreich).

Aeltestes Jodsoolbad ersten Ranges.

Saison 15. Mai bis 30. September.

Luxuriöse Bäder und modernste Kurbehelfe. Massage, Kaltwasserkuren, elektrische Licht- und Zweizellenbäder, Inhalationen nach neuestem System. Herrliche Lage in den Vorbergen der Alpen, ausgedehnte Parkanlagen, Theater, Kurmusik, Konzerte, Bälle. Elegante Hôtels und Privatwohnungen. Pensionen für Erwachsene und Kinder.

Station der Kremsthalbahn und Steyrthalbahn. Von Wien via Steyer oder Linz (direkter Wagen) in 6 Stunden, von Passau und Salzburg via Wels-Unterrohr in 3½ Stunden erreichbar.

Auskünfte und Prospekte erteilt die Verwaltung der Landes-Kuranstalten in Bad Hall.

Kurort Teplitz-Schönau

Böhmen.

Alkalisch-salinische Therme von hoher Radioaktivität. Thermal-, Douche-, Moor-, elektr. Licht-, Zwei- und Vierzellen-Bäder, Kohlensäure-Bäder, Fango, Mechanotherapie.

heilt Gicht, Rheumatismus, Neuralgien, Gelenksteifigkeiten, Exsudate etc.

Aerzte und deren Familien befreit von Kur- und Musiktaxe, erhalten freie Bäder. Saison ganzjährig.

Adressen von Krankenpflegerinnen:

Frl. Pauline Winkel, Конногвардейскій переулокъ 4, кв. 2.

XXXII. JAHRGANG. ST. PETERSBURGER Neue Folge XXIV. Jahrg.

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Redaktion von

Prof. Dr. Karl Dehio. Dorpat. Dr. Johannes Krannhals. Riga.

Dr. Rudolf Wanach. St. Petersburg.

Die „St. Petersburger Medizinische Wochenschrift" erscheint jeden Sonnabend.—Der Abonnementspreis ist in Russland 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr inkl. Postzustellung; in den anderen Ländern 20 Mark jährlich, 10 Mark halbjährlich. Der Insertionspreis für die 3mal gespaltene Zeile in Petit ist 20 Kop. oder 45 Pfen.—Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt. —Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.

Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate bittet man ausschliesslich an die Buchhandlung von K. L. Ricker in St. Petersburg, Newsky-Prospekt № 14, zu richten. — Manuskripte sowie alle auf die Redaktion bezüglichen Mitteilungen bittet man an den geschäftsführenden Redakteur Dr. R. Wanach in St. Petersburg, Petersb. Seite, Alexandrowski Pr. 6 zu richten. Sprechst. Dienstag, Donnerstag und Sonnabend 5—6.

№ 21 St. Petersburg, den 26. Mai (8. Juni). 1907.

Der XIX. Aerztetag der Gesellschaft Livländischer Aerzte

findet vom 17.—19. August a. c. in Dorpat statt. Kollegen welche Vorträge zu halten wünschen, werden gebeten, dieselben spätestens bis zum 1. Juli c. beim Unterzeichneten anzumelden und die Manuskripte in druckfertigem Zustande zum Aerztetage mitzubringen.

Dr. med. Ch. Ströhmberg,
d. Z. Präses der Gesell. livl. Aerzte.

Dorpat, Karlowa Str.. Nr. 6.

Einiges über die croupöse Pneumonie mit Ikterus.

Von

J. Blumberg,

Volontärassistent am «Deutschen Alexander-Hospital für Männer» in St. Petersburg.

Nachstehende Zeilen sind das Resultat einer kleinen Enquête, welche ich auf Anregung des Herrn Dr. H. Westphalen unter den Krankenbögen des Alexander-Männerhospitals vorgenommen habe, soweit diese auf Fälle von croupöser Pneumonie Bezug haben. Ich habe derselben folgende Fragestellung zu Grunde gelegt:

1) Lässt sich in mit Ikterus komplizierten Pneumoniefällen ein regionärer Einfluss der Pneumonie auf das Zustandekommen des Ikterus auffinden?

Prävaliert unter den mit Ikterus komplizierten Fällen, wie es Herrn Dr. Westphalen zu sein schien, die rechtsseitige Pneumonie oder nicht?

2) Lässt sich ferner ein Zusammenhang erkennen zwischen der Schwere der Pneumonie und dem Ikterus? Sind es nicht möglicherweise gerade die schweren Fälle, welche die Ausbildung des Ikterus begünstigen? Als Gradmesser für die Schwere der Infektion, resp. Intoxikation habe ich das Auftreten von Eiweiss im Harn angenommen.

Aus dem mir zur Verfügung stehenden Material musste vor allen Dingen eine Anzahl Fälle ausscheiden, bei denen der Exitus vor dem dritten Krankheitstage erfolgt war, welche mithin für meine Zwecke nicht in Betracht kamen, da bekanntlich der Ikterus gewöhnlich nicht vor diesem Zeitraum aufzutreten pflegt. So verblieben mir rund 300 Fälle von croupöser Pneumonie, welche vom September 1884 bis zum September 1906 im Alexander-Hospital beobachtet worden waren. Unter diesen 300 Fällen waren 21, genau 7%, mit Ikterus kompliziert und zwar 12 mal bei rechts-, 8 mal bei links- und einmal bei doppelseitiger Pneumonie. Aehnliche Zahlen giebt auch Dr. Stühlern an: unter 10 Fällen von Pneumonie kompliziert mit Ikterus handelte es sich 6 mal um rechts 3 mal um linksseitigen Sitz der Pneumonie und einmal um Befallensein beider Seiten. Aus dieser Zusammenstellung, welche ergiebt, dass der Ikterus bezüglich seiner Häufigkeit bei doppel-, links- und rechtsseitiger Pneumonie sich verhält wie: 1 : 5,5 : 9, dürfte sich allerdings eine gewisse Präponderanz der rechtsseitigen Lungenerkrankung zum Ikterus ergeben, eine Voraussetzung, die aber wieder hinfällig wird, wenn wir das gegenseitige Zahlenverhältnis sämmt-

licher beobachteter Pneumonien berücksichtigen; in derselben Reihenfolge lautet dasselbe: 1:4,4:5,6, woraus mithin auf ein leichtes Ueberwiegen der rechtsseitigen Pneumonie gegenüber einer anderen Lokalisation der Entzündung geschlossen werden kann. Da ferner auch der Ikterus bei linksseitiger Pneumonie gefunden wird, so müssen wir mit aller Energie diejenige Meinung zurückweisen, welche in einem Druck der hepatisierten rechten Lunge auf die Leber eine Erklärung für den Ikterus sucht.

Bei 15 von den 21 oben erwähnten mit Ikterus komplizierten Pneumoniefällen ist der Harnbefund notiert; 13 derselben, also 86%, boten Albuminurie dar; die gleiche Zahl (88%) erhalten wir aber auch, wenn wir unsere übrigen Pneumonien, so weit sie ohne Ikterus verliefen, auf die Albuminurie prüfen, woraus sich ergeben dürfte, dass — unsere Auffassung von der Albuminurie als Gradmesser für die Schwere der Pneumonie als richtig vorausgesetzt, — der Ikterus durchaus nicht bei den schweren Pneumoniefällen auftritt, mithin auch nicht als prognostisch ungünstiges Zeichen verwertet werden darf. In Uebereinstimmung hiermit involviert auch der eine Pneumonie komplizierende Ikterus durchaus keine w e s e n t l i c h höhere Mortalitätsziffer: von den oben erwähnten 21 Pneumonien starben 4 = 19%, von den übrigen 11,34%.

Interessant wäre es nun bei dieser Gelegenheit an der Hand der Literatur den Gründen nachzugehen, durch welche die Entstehung des Ikterus bei der kroupösen Pneumonie erklärt wird. Die hierbei zu Tage getretenen Meinungen lassen sich leicht in 3 Gruppen einordnen, denen zufolge die Ursache für den Ikterus bei den Pneumonien liegen soll: 1) in der Lunge, 2) im Blute oder 3) in der Leber.

ad. 1. Der Grund für die Entstehung des Ikterus ist angeblich in der Lunge zu suchen. — Nach G e r h a r d t und F r ä n k e l soll der pneumonische Ikterus ein Urobilinikterus sein, welcher durch Resorption des innerhalb des Lungengewebes befindlichen Blutes entsteht. Dagegen dürfte, wie mir scheint, die relativ geringe Menge des auf diese Weise resorbierten Blutes angeführt werden, welche nach ihrer Resorption doch kaum im Stande sein dürfte Ikterus zu erzeugen, ganz besonders wenn wir dagegen die grossen Blutaustritte stellen, welche unter Umständen lange nicht immer die Veranlassung zum Auftreten eines Urobinikterus geben: Haematome, apoplektische Herde, u. s. w.,

ad. 2. B a n t i verlegt die Bildungsstätte des Ikterus in das zirkulierende Blut; der Diplokokkus soll über hämolytische Eigenschaften verfügen, die Blutkörperchen lösen und diese den Ikterus bewirken. Gleich der soeben zitierten Ansicht handelte es sich auch hier um einen Urobilinikterus, nur mit dem Unterschiede, dass das Bildungsmaterial für den Ikterus, die Blutkörperchen, nicht in der Lunge, sondern im Blute selbst gelöst werden und zur Resorption gelangen. Gegen B a n t i wäre einzuwenden, dass sich voraussichtlich bei einer derartig rasch erfolgenden Haematolyse unbedingt eine mehr oder weniger reichliche Haemoglobinurie die Folge sein müsste, über deren Auftreten bei der kroupösen Pneumonie cum icero mir nichts bekannt ist.

ad. 3. Eine dritte Gruppe von Autoren sieht die Ursache des Ikterus bei der Pneumonie innerhalb der Leber und zwar in dreifacher Weise:

a) Nach N i e m e y e r, R a s c h e und L e h m a n n soll die Pneumonie eine venöse Stauung in der Leber bewirken, durch welche die Gallenkapillaren komprimiert werden und ein Stauungsikterus entsteht.

Ein solches Vorkommen sehen wir tagtäglich bei unseren inkompensierten Herzkranken mit hochgradiger Leberschwellung infolge venöser Hyperämie der Leber hohen Grades. Doch dürften mit den von L e h m a n n u. A. vertretenen Ansichten kaum die Ergebnisse der Autopsien bei der kroupösen Pneumonie in Einklang gebracht werden können. Wohl begegnen wir hierbei zuweilen den höchsten Graden einer trüben Schwellung, doch so gut wie nie einer so hochgradigen Hyperämie der Lebervenen, dass durch diese eine Kompression der Gallenkapillaren mit Stauungsikterus im Gefolge, wie bei den Herzkranken, bedingt werden könnte.

b) Sympathischer erscheint mir die ihrerzeit von T r a u b e in ihrem Wesen aufgestellte, von M o s l e r, B e t t e l h e i m, J ü r g e n s o h n, G i l b e r t, G r e n e t und P e t r o w vielfach veränderte Meinung, der zufolge die Pneumonie als Infektionskrankheit eine entzündliche Affektion der Gallengänge, sei es nahe der Einmündungsstelle des duct. choled. ins Duodenum bedingt, oder höher oben als infektiöse Cholangitis auftritt.

c) H o p p e - S e y l e r, M i n k o w s k y, L i e b e r m e i s t e r endlich verlegen den Ort der Ikterusentstehung noch zentraler in die Leber und zwar in die Leberzellen. Sie erblicken im Auftreten des Ikterus bei der Pneumonie den Ausdruck einer veränderten Tätigkeit des Lebergewebes selbst insofern, als die L e b e r z e l l e n unter dem Einflusse des pneumonischen Virus zu einer veränderten biologischen Funktion angeregt werden, welche sich in einer Ueberproduktion von Galle äussert und führen demnach das Auftreten des Ikterus modernen Gesichtspunkten folgend direkt auf eine Polycholie zurück.

Begreiflicherweise kann ich mich für keine der letztgenannten Hypothesen, denn es handelt sich hier um solche, nicht um bewiesene Tatsachen, entscheiden, will aber mit dem Hinweise schliessen, dass namentlich der letzte der ausgeführten Erklärungsversuche vielleicht am ungezwungensten so manche bei der Entstehung des Ikterus im Gefolge der Pneumonie vorkommenden Tatsachen erklären könnte, u. A. auch die Beobachtung, der zufolge gerade Alkoholiker und Leberkranke ganz besonders leicht ikterisch werden, wenn sie an einer kroupösen Pneumonie erkranken.

L i t e r a t u r.

1. A u f r e c h t, E. Die Lungenentzündungen.

2. B a n t i. Ueber die Entstehung der Gelbsucht bei Pneumonie. Zentrbl. f. Bakterl. Bd. XX, 1896.

3. B e t t e l h e i m. Beitrag zur Lehre von der Pneumonia biliosa. Deut. Arch. f. klin. Med. 1883. Bd. XXXII.

4. C o n o r, M. Contribution à l'étude de l'ictère dans la pneumonie. Archives de medecine et de pharm. milit. 1903 p. 443.

5. F r a e n k e l, A. Diagnostik und allg. Symptomatol. der Lungenkrankheiten. 1890.

6. G i l b e r t u. G r e n e t. Pathologie de l'ictère dans la pneumonie. Arch. gén. de med. 1899.

7. H o p p e - S e y l e r. Virchows Arch. 1891 u. 92.

8. L i e b e r m e i s t e r. Zur Pathogenese des Ikterus. Deut. med. Woch. 1893.

9. M i n k o w s k y. Verhandlg. d. XI. Kongr. f. inn. Medizin. 1892.

10. M o s l e r. Ueber biliöse Pneumonie. D. Arch. f. klin. Med. 1872.

11. П е т р о в ъ. О желтушной крупозной пневмоніи. Больничная Газета Боткина. 1897.

12. P e t z o l d. Deut. Arch. f. klin. Med. pag. 417. 1901. Bd. 70.

13. Ш т ю л е р н ъ. Къ вопросу объ атипическихъ формахъ крупознаго воспаленія легкихъ. Диссерт. СПб. 1900.

Bücheranzeigen und Besprechungen.

Kurt Bieling: Der Alkohol und der Alkoholismus. Ein Wegweiser zum Verständnis moderner Kulturarbeit. München 1906. Verlag der „Aerztlichen Rundschau". 84 S. Preis Mk. 1,40. Heft 23. der Zeitschrift für persönliche und soziale Gesundheitspflege: „Der Arzt als Erzieher".

Das Büchlein ist für Laien berechnet, giebt daher eine populäre Darstellung von den Wirkungen und Gefahren des Alkoholismus sowohl für das Einzelindividuum wie für das ganze Volk. Die Maassnahmen für die Bekämpfung des Alkoholgenusses werden ganz besonders ausführlich dargelegt, wobei Verf. die absolute Abstinenz nachdrücklich befürwortet.

Michelson.

P. J. Möbius: Ueber Robert Schumanns Krankheit. Verlag von Carl Marhold, Halle a. d. S. 1906. 52 Seiten.

Bisher hatte man, namentlich gestützt auf die Ansicht des Psychiaters, der Schumann bis zu seinem Tode in seiner Anstalt beobachtet hatte, angenommen, dass er an progressiver Paralyse gestorben sei. Möbius giebt eine Darstellung des Lebens und der Krankheit des grossen Komponisten in Form eines Gutachtens und kommt zu den Schlüssen, «das Robert Schumann auf Grund ererbter Anlage geisteskrank gewesen ist, 2. die Annahme einer zu der primären Krankheit hinzutretenden progressiven Paralyse sehr unwahrscheinlich ist».

Michelson.

A. Nolda: Ueber die Indikationen der Hochgebirgskuren für Nervenkranke. Halle a. S. Verlag von Carl Marhold, 1906.

Das Schriftchen ist ein stark einseitiges Loblied auf die Vorzüge und die Leistungsfähigkeit von St. Moritz. Die Schlussfolgerungen lauten: «I. Der Aufenthalt im Hochgebirge ist für viele Nervenkranke ein vorzügliches Heilmittel, auch im Winter. II. Für Kuren im Hochgebirge kommen hauptsächlich folgende Nervenkrankheiten in Betracht: Neurasthenie, Hypochondrie, Grübelsucht, Hemicranie, Neurasthenia cordis et vasomotoria, Nervöse Dyspepsien, Traumatische Neurosen, Asthma bronchiale seu nervosum, Hysteroneurasthenie, Leichtere Formen von Hysterie, Melancholie und Epilepsie. Morbus Basedowii».

Michelson.

H. Neumann (Berlin): Ueber unreine Herztöne im Kindesalter. (Münchener med. W. 1907, Nr. 8).

Die Schallerscheinung, auf die N. unsere Aufmerksamkeit lenkt, besteht in einer Verdoppelung oder Unreinheit der Herztöne. Sie findet sich fast immer an der Spitze am stärksten oder ausschliesslich. Es handelt sich um einen mehr oder weniger unreinen Ton, der bis zu einem schabenden Geräusch anwachsen kann, oder um einen gespaltenen ersten Ton, bei dem übrigens gelegentlich der erste Teil wieder unrein und geräuschähnlich ist. Wenn an der Spitze ein systolisches Geräusch hörbar ist, so löst es sich nach der Basis zu in eine Spaltung des Tones auf, wenn die Töne an der Basis nicht überhaupt rein sind.

N. fand diese Erscheinung in seiner Privatpraxis (wesentlich der letzten 10 Jahre) 180 mal und zwar in den ersten 5 Lebensjahren 71 mal, im 6. bis 10. Lebensjahr 89 mal, im 11. bis 14. Jahr 20 mal. Es handelt sich um ein funktionelles Vorkommen von grosser Beständigkeit, aber doch nicht von vollkommener Beharrlichkeit. Vielmehr ist bei akutem Beginn häufig zunächst ein mehr oder weniger lautes Geräusch zu hören, welches sich im Laufe der Zeit in einen gespaltenen Ton auflöst. Anderseits geht der gespaltene Ton oft bei lebhafter Herztätigkeit wieder in ein Geräusch über; während fieberhafter Erkrankungen können sogar diese Erscheinungen schwinden. Eine Akzentuierung des 2. Tones über der Pulmonalis oder eine Verbreiterung der Herzgrenzen ist in der Regel nicht festzustellen. Nicht ganz selten findet sich neben dem unreinen Ton eine Unregelmässigkeit der Herztätigkeit. Die unmittelbare Beobachtung der Erkrankung ergiebt als häufigste Ursache die katarrhalischen Erkrankungen der Luftwege; doch können auch andere Infektionen (Scharlach, Diphtherie, Rheumatismus) ihre Entstehung begünstigen. Für die Prognose ist zu betonen, dass die Kinder keine Zeichen der Herzinsuffizienz darbieten, doch kann während rezidivierender Katarrhe die Arythmie so erheblich werden, dass die ärztliche Besorgnis durchaus begreiflich erscheint. Der Befund blieb in der Regel während der ganzen Kindheit unverändert. Eine sichere anatomische Erklärung für diese Erscheinung zu geben, hält N. für schwierig. Am ehesten dürfte eine Beteiligung des Nervenmuskelapparates in Betracht kommen, schon im Hinblick auf das nicht seltene Vorkommen von Herzarythmie.

Weyert.

O. Liebreich und A. Langgaard: Kompendium der Arzneiverordnung. Berlin. Fischer's medizinische Buchhandlung, 1907.

Das Kompendium liegt uns in sechster vollständig umgearbeiteter Auflage vor. In alphabetischer Reihenfolge sind die Arzneimittel besprochen. Zuerst findet sich eine kurze Angabe der Darstellung, Zusammensetzung und Eigenschaften der betreffenden Substanz, dann folgt Besprechung der Wirkung, Anwendung und Dosierung, den Schluss bildet eine reiche Auswahl von Rezeptformen von bewährten Klinikern. Zu Grunde gelegen hat die Pharmakopoea germ. ed. IV, doch sind auch die französische und englische Schule berücksichtigt. Am Schlusse des Kompendiums, das 904 Seiten enthält, findet sich ein ausführliches Sach- und Krankheitsregister, das die Orientierung sehr erleichtert!

Das Kompendium wird jedem praktischen Arzt gute Dienste erweisen, diesen über die neuen erprobten Mittel informieren und eine Reihe gut zusammengesetzter Rezeptformen zur Hand geben.

Lingen.

Julius Schwalbe: Therapeutische Technik für die ärztliche Praxis. Ein Handbuch für Aerzte und Studierende. Erster Halbband mit 290 Abbildungen. Leipzig 1906, Verlag von Georg Thieme. Preis Mk. 8,80.

Ein solches Handbuch wie das vorliegende, das in zusammenfassender Weise eingehende Darstellungen aller Methoden der medizinischen Technik enthält und nicht allein durch Wort, sondern auch durch Bild eine genaue Anleitung zu ihrer Ausführung bietet, fehlte bis jetzt, denn die gebräuchlichen Lehrbücher können die therapeutisch-technische Seite doch nur in gedrängter Kürze behandeln, weil sie sonst einen übermässigen Umfang haben müssten. Der praktische Arzt konnte daher die Beschreibungen der einzelnen Methoden der Technik bisher nur zerstreut in den zahlreichen spezialistischen Werken finden. Da nun aber die moderne Heilkunde unter dem Zeichen der Technik steht und die arzneiliche Therapie durch letztere immer mehr eingeschränkt wird, so muss der praktische Arzt auch mit den wichtigeren technischen Fortschritten bekannt sein, wenn er nicht in den Erfolgen seiner Leistungen Einbusse erleiden will. Denn je weniger der Arzt aus der Vervollkommnung der Technik Nutzen zieht, desto abhängiger wird er vom Spezialisten. Das gilt noch mehr auf dem Gebiete der Therapie als auf demjenigen der Diagnostik, denn die Therapie ist die Domäne des Arztes, auf der für die leidende Menschheit seine wesentliche Tätigkeit liegt: der Kranke will geheilt sein, ob mit oder ohne richtige Diagnose. Unter diesen Umständen ist das Schwalbe'sche Handbuch mit Genugtuung zu begrüssen. Mit Beiseitelassung historischer und theoretischer Exkurse bringt es aus der Feder hervorragender Spezialisten die praktisch wichtige Technik der gesamten Therapie und erläutert die Beschreibungen der Manipulationen durch zahlreiche anschauliche Abbildungen. Ueberall werden die Einübung der Technik, die Vermeidung ihrer Fehler und Gefahren geschildert, die Indikationen und Kontraindikationen zu dem Eingriff auseinandergesetzt, die Prognose der Methode angegeben u. s. w.

Was nun die Anordnung des Inhalts des Buches anbelangt, so sind die ersten Kapitel der Technik der Massage und Gymnastik mit Einschluss der Uebungstherapie aus der bewährten Feder Prof. Hoffas gewidmet. Das 4. Kapitel bringt die Technik der Hydro- und Thermotherapie und ist von dem inzwischen leider verstorbenen Heidelberger Prof. O. Vierordt bearbeitet, der einer der ersten war, die für die Einführung der Hydrotherapie in den klinischen Unterricht eingetreten sind. Es folgen dann die Technik der Radiotherapie von Dr. H. E. Schmidt (Berlin) und die Technik der Arzneibereitung und Arzneianwendung von Prof. R. Kobert. Ein besonders grosser Raum, 94 Seiten ist der allgemeinen chirurgischen Technik eingeräumt, welche von Prof. Hildebrand (Berlin) unter Mitwirkung

seines Assistenzarztes Dr. B. Bosse bearbeitet ist. Dieser erste Halbband schliesst mit der Schilderung der wichtigsten technischen Handgriffe in der Augenheilkunde von Prof. O. Eversbusch (München). Der Schlussband ist in allernächster Zeit zu erwarten.

Die Ausstattung des Buches ist eine vorzügliche; namentlich tragen auch die zahlreichen vortrefflichen Abbildungen viel zum Verständnis des Textes bei. Das Handbuch kann daher als ein nützliches Hülfsmittel zur Ausbildung des Studierenden, sowie zur Fortbildung des Arztes bestens empfohlen werden.

Bernhoff.

Mitteilungen aus der Gesellschaft praktischer Aerzte zu Riga.

Sitzung vom 6. Dezember 1906.

I. Punkt der Tagesordnung.

In der Diskussion über den Vortrag des Herrn Dr. v. Krüdener «Ueber die Entstehung und Therapie der Stauungspapille» nimmt Herr Dr. Stavenhagen zuerst das Wort; Dr. Stavenhagen meint, der Vortrag des Dr. Krüdener zeige, dass die Frage der Stauungspapille nicht so einfach zu lösen, die Ansichten über die Entstehung derselben teilten sich in 2 Lager, indem ein Teil der Autoren eine Entzündung annimmt, der andere eine Stauung: Krüdener habe für beide Arten der Entstehung Präparate vorgelegt; auch die Bedeutung der elastischen Fasern habe er hervorgehoben. Die Therapie der Trepanation solle uns nun über den Berg hinweghelfen und den Kranken vor der Erblindung bewahren, doch ist diese Therapie immerhin eine sehr eingreifende; Krüdener proponiere, die Trepanation zu machen ohne einen osteoplastischen Lappen zu bilden, dann entstehe aber doch eine Hernie und sei letztere doch dann hinderlich, wenn etwa später ein Tumor angegriffen werden solle. — Viele Fälle von Stauungspapille bieten nur ein ophthalmoskopisches Bild, das Sehvermögen ist gut und geht erst spät ganz plötzlich verloren, dies sei dann der Moment zur Trepanation. Stavenhagen meint, man solle doch mehr Versuche mit der Lumbalpunktion machen, hierdurch sollte doch auch eine Entlastung eintreten, falls der Wirbelkanal nicht geschlossen.

Dr. Zwingmann bedauert, dass der so sehr interessante Vortrag des Herrn Dr. von Krüdener in Rücksicht auf die vorgerückte Zeit der vorigen Sitzung so rasch hat verlesen werden müssen, dass er zu einem grossen Teile nicht genügend hat perzipiert werden können.

Die Aetiologie der Stauungspapille, in der Chloranaemie, Nephritis, Syphilis, Hirn- und Rückenmarkstumoren, Schädeltrauma, Hirnabszess, Meningitis verschiedenster Art nebeneinander genannt werden müssen, beweist ihre universelle Bedeutung für die Gesamtmedizin.

Bezüglich der Diagnose «Stauungspapille», ist Referent zu einer von dem Gros der in den Lehr- und Handbüchern verbreiteten Anschauungen etwas abweichenden Stellungnahme gekommen und erläutert dieselbe an der Hand eigner Kasuistik.

Er möchte die Bezeichnung «Stauungspapille» für die selteneren Fälle reserviert wissen, die ein reines Oedem der Papille darstellen. Solch eine Stauungpapille kann lange Zeit bestehen, ohne erhebliche Störungen zu veranlassen, und spurlos ausheilen:

Vom Dezember 1882 bis Mai 1884 beobachtete er eine reine doppelseitige Stauungspapille dieser Art an einem 22-jährigen Fräulein (Kopfschmerzen, Oedema crurum, Milzschwellung, für Chloranaemie charakteristischer Blutbefund; Harn normal, Herz gesund) Visus ganz normal, zu Beginn Akkomodationsparese. Erst Mai 1884 an den Augen alles normal; ebenso Oktober 1888. Patientin ist längst verheiratet und Mutter mehrerer Kinder.

Ende November 1902 stürzt ein 17-jähriger Schüler rücklings aus einem langsamgehenden Eisenbahnzuge, ist 21 Stunden bewusstlos, 8 Tage unbesinnlich. Als er zu sich kommt, ist er auf dem rechten Ohre taub. Geruch und Geschmack fehlen gänzlich; er sieht von einem jeden Gegenstande nur einen Teil z. B. von einem Gesicht nur ein Auge. Chirurgische Diagnose: Basisfractur durchs rechte Felsenbein und die rechte Seite der Hinterhauptschuppe. 17 Tage nach dem Unfalle untersucht Referent den Verunglückten: Das rechte Ohr beginnt jetzt zu hören, etwas Geschmackempfindung hat sich eingestellt. Augenbefund: Pupillen gleich weit; Pupillarreaktion normal, lebhaft, beiderseits gleich. Linksseitige Abduzensparese mit 4 mm. Abrollungsbeschränkung; Doppelbilder nur bei starker Rechtswendung des Blickes fehlend. Gesichtsfeld normal, nur auf dem rechten Auge temporal Fingerzählen etwas unsicher (es scheint also rechtsseitige Hemianopsie dagewesen zu sein). Visus rechts und links gleich und normal, völlige Akkomodationsparalyse beiderseits. Ophthalmoskopisch beiderseits Stauungspapille, rechts geringer, als links, beiderseits mässig entwickelt, keine Blutungen. 40 Tage später (also 57 Tage nach dem Unfalle) alles normal, auch das jetzt perimetrisch auch für Farben aufgenommene Gesichtsfeld . bei Ametropie rechts und links — 5/4, keine Diplopie, keine Akkommodationsparese mehr. Pat. stirbt 2 Jahre nach dem Unfalle an den cerebralen Folgen desselben.

Hier sind alle Störungen des Sehorgans völlig unabhängig von der Stauungspapille, intrakraniell bedingt, ihr einfach coordiniert.

Der bei «Stauungspapille» so häufige Ausgang in «neuritische» Atrophie ist nach Auffassung des Referenten stets bedingt durch eine Komplikation derselben mit wahrer «Neuritis optica», wobei ja intrakranielle Vorgänge, wie Druck auf das Chiasma oder die Tractus optici mitwirken können.

Weil sich aber die «Stauungspapille» so überaus häufig mit wirkl. Entzündung des Sehnervens kompliziert, ist die Verwirrung in ihrer diagnostischen Abgrenzung bis zu einer vollständigen Verwischung derselben gegenüber Papillitis und Papilloretinitis gediehen. Für alle mit Neuritis oder Neuroretinitis kombinierte Fälle von Stauungspapille möchte Referent die Bezeichnungen «Stauungspapillitis» und «Stauungspapilloretinitis» (resp. Stauungsneuritis und «Stauungsneuroretinitis») gewählt wissen als Uebergang zu den ätiologisch gleichwertigen Vorgängen an der Sehnervenscheibe, die nicht selten das Bild der einfachen Papillitis resp. Papilloretinitis bieten, wie 2 Fälle eigener Beobachtung zeigen, in deren ersten die Diagnose «Stauungspapille» quasi vom Ref. erwartet wurde, er aber nur eine Papilloretinitis vorfand. Die 2 Monate später an der linksseitig hemiplegischen, ca. 60-jährigen Frau vorgenommene Autopsie fand einen apfelgrossen Tumor mit Pachymeningitis in- und externa über demselben an der Convexität des rechten Parietallappens, hart an der Mittellinie. Referent hat sich nie entschliessen können eine «Stauungspapille» zu diagnostizieren, ohne das wesentlichste auch von Dr. von Krüdener betonte Merkmal derselben die bedeutende Niveaudifferenz zwischen stärkstgeschwelltem Teil der Papille und angrenzender normaler Retina vorzufinden.

An den von Dr. v. Krüdener demonstrierten mikroskopischen Längs- und Querschnitten von Sehnerven, die im Leben «Stauungspapille» gezeigt hatten, ist Referenten aufgefallen: 1) das Fehlen der ampullenartigen Auftreibung der Sehnervenscheide am Bulbusende, die man freilich nur bei Abbinden des Sehnerven am Foramen opticum vor seiner Excision zusammen mit dem Bulbus mit Sicherheit soll demonstrieren können, auf welche aber de Wecker schon vor ca. 20 Jahren einen angeblich mehrfach mit Erfolg ausgeführten Eingriff bei Stauungspapille basiert hat, die Einschneidung der Scheide behufs Ablassung der gestauten Flüssigkeit, also ein Seitenstück der Lumbalpunktion, nur direkter wirkend; 2) waren die retrobulbären (aber noch intraorbitalen) Querschnitte des Sehnerven bei «Stauungspapille» gleichsam eingepresst in die stramm gespannte Scheide, sodass vom normaler Weise vorhandenen (uns auch demonstrierten) Subvaginalraume nichts mehr vorhanden war, aber die pialen interstitiellen Einscheidungen der Sehnervenbündel stark geschwellt waren, was Referent direkt als interstitielle Neuritis auffassen möchte.

Im Hinblick auf diese letzterwähnte Beobachtung Dr. von Krüdeners, sowie auf den Umstand, dass Dr. Krüdener weder nach Trepanation, noch nach Lumbalpunktion je einen sofortigen Nachlass der Stauungserscheinungen an der Papille beobachtet hat, möchte Referent sich dahin aussprechen, dass beides ihm auch für die Gültigkeit der Leber-Deutschmann'schen Auffassung von der «Stauungspapille» neben der Schmidt-Manz'schen Theorie zu sprechen scheint, und die von Dr. v. Krüdener durch beide chirurgische Eingriffe erzielten Erfolge jedenfalls nicht gegen Leber-Deutschmann geltend gemacht werden können, wobei er noch betonen möchte, dass beide erwähnten Theorien sich einander durchaus nicht auszuschliessen brauchen, sondern sich seiner Meinung nach glücklich ergänzen: Die ein-

fache «Stauungspapille» im Sinne des Referenten, kommt freilich wahrscheinlich nur durch Stauung der Cerebrospinalflüssigkeit im Subvaginalraume des Sehnerven zu Stande, die mit entzündlichen Erscheinungen kombinierte, so sehr viel häufigere «Stauungspapille» («Stauungsneuritis» des Referenten) durch begleitende (auch vorangehende und nachfolgende) Entzündung der Sehnerven wohl meist interstitieller Natur.

Was nun die von Herrn Dr. von Krüdener angewandte Therapie betrifft, so ist eine wirklich heilende Wirkung doch nur bei Beseitigung der Ursache der Stauungsneuritis zu erwarten. Die Trepanation dürfe daher nach Ueberzeugung des Referenten nur vorgenommen werden, wenn sie der indicatio causalis genügt, also zur Entfernung resp. Heilung der die Lymphstauung bedingenden Erkrankung, etwa eines Hirntumors, Hirnabszesses etc. Etwas anderes sei es mit der Lumbalpunktion, falls dieselbe sich dauernd als so ungefährlich erweisen sollte, wie sie gegenwärtig angesehen wird, könnte sie ja getrost als Palliativum weiter benutzt werden, zumal sie auch zur Klärung der Diagnose beitragen kann.

Dass indess auch ohne dieselbe schwere syphilitische mit Hirndruck und Neuritis optica einhergehende Cerebralerkrankungen rasch völlig und dauernd ausheilen können, dafür giebt Referent folgende Krankengeschichte.

Im März 1878 wurde auf die Dorpater Universitätsaugenklinik ein 46-jähriger, an Lues tardiva leidender Arzt aufgenommen, der auf beiden Augen eine Neuritis optica (keine Stauungspapille) aufwies. Das linke Auge war blind, das rechte Auge hatte V—1. Sein Zustand verschlimmerte sich zum folgenden Tage bis zu völliger Verblödung, aber eine nun eingeleitete Einreibungskur von nur 2.0 Ungt. Ciner. pro die stellte den Kranken in 14 Tagen völlig wieder her. Das linke Auge blieb freilich blind, aber auf dem rechten Auge hatte Patient noch im Sept. 1903 (er lebt heute noch) mit 1.ODV—5/6. Er hat weder vorher, noch nachher mehr eine antiluetische Kur durchgemacht, und leugnet konsequent je Lues gehabt zu haben, trotz sichtbarster Zeichen tertiärer Lues.

Dr. Eliasberg möchte in Bezug auf die Theorie der Stauungspapille, ob Druck oder toxische Einflüsse dieselbe hervorrufen einiges anführen; Krüdener sei ein Anhänger der Drucktheorie; andere Autoren geben der Entzündungstheorie den Vorzug und möchte Eliasberg einen Fall von Sachs kurz referieren; hier bestand ein Abszess, welcher operiert wurde, bei der Operation bestand keine Stauungspapille; erst nach der Operation bildete sich eine Stauungspapille, obgleich 3 Esslöffel Eiter entleert wurden und das Allgemeinbefinden gut war; diese Stauugspapille hielt sich 6 Tage auf der Höhe und heilte erst allmälig aus. Dieser Fall wird von Sachs als Beweis für die «toxische Natur» der Stauungspapille angeführt. Es giebt nach Ansicht von Eliasberg also jedenfalls Fälle, wo toxische Einflüsse zur Entstehung der Stauungspapille erwiesen sind. Sodann berichtet er über einen Fall von Tumor mit Stauungspapille; der Patient hatte zuerst ein Leiden am Becken, er wurde als nervös betrachtet, erst später in der Klinik des Dr. Schönfeldt entwickelte sich allmälig ein Prozess, welcher für einen Tumor am Gehirn sprach; nach kurzer Zeit eine starke Stauungspapille bei gutem Allgemeinzustande; 3 Wochen später erlag der Patient seinem Leiden; bei der Sektion wurden vielfache Knoten im Gehirn gefunden. Endlich berichtet er über einen Fall, wo nach der Lumbalpunktion zuerst eine starke Zunahme des Sehvermögens stattfand, ebenfalls aus der Schönfeldtschen Klinik.

Dr. M. Schönfeldt erwähnt, dass er als Nervenarzt täglich seit Jahren ophtalmoscopiere und sehr häufig Stauungspapille gesehen habe; er könne darin Zwingmann nicht beistimmen, dass Stauungspapille und neuritis optica getrennt werden müssten; beide Prozesse sind in den meisten Fällen als etwas einheitliches zu betrachten. Schönfeldt nimmt natürlich diejenigen Fälle aus, wo der Gehirndruck ausgesprochen ist, diese seien ja nicht zweifelhaft. Wenn aber z. B. eine Nephritis bestehe und Gehirntumoren hinzutreten, dann sei es fraglich, ob man noch einen intrakraniellen Prozess vor sich habe, oder ob die Neuritis hier auf der Nephritis beruhe. In solchen Fällen sei die Ansicht der Ophthalmologen seines Wissens sehr verschieden, die Frage konnte von ophthalmologischer Seite oft nicht beantwortet werden. Oft sähe man Jahre hindurch Fälle, welche man mit Neuritis optica bezeichnet und ganz allmälig entwickelt sich aus ihnen ein Zustand, welcher mit Stauungspapille bezeichnet wird. Deshalb meint Schönfedt, dass beide Prozesse nur verschiedene Stadien sind. Die klinische Beobachtung giebt uns ein Recht zu sagen, dass wir hier eine Steigerung des intrakraniellen Druckes wohl annehmen können, doch können wir ihn als Kliniker nicht beweisen.

Dr. Zwingmann erwidert, dass ätiologisch kein Unterschied zwischen beiden gemacht werden könne, er habe auch gar keine scharfen Unterschiede machen wollen, die Grenzen seien oft sehr flüssige und die Bezeichnung Stauungspapille solle man nicht promiscue mit Neuritis brauchen.

Schlusswort zur Diskussion zu Dr. von Krüdeners Vortrag.

In den Fällen welche auf meine Veranlassung trepaniert wurden, hat sich nur bei einem Falle von juvenilem Hydrocephalus ein Prolaps gebildet, der jedoch dadurch, dass die Operationswunde vollständig per primam geheilt war, bis jetzt nicht zu irgendwelchen nennenswerten Störungen Anlass gegeben hat. Immerhin ist dieses eine derartig unangenehme Zugabe, dass ich mich zu einer Trepanation bei kindlichem Hydrocephalus nicht leicht werde entschliessen können, trotzdem wir eine erhebliche Besserung des Sehvermögens zu verzeichnen hatten. Den Grund zum Entstehen einer Hydrocephalie sehe ich bisweilen in dem Elasticititätsverlust der Dura, welcher auf Grund einer infektiösen Erkrankung erfolgt ist. Vielleicht wird man doch noch Mittel und Wege zu einer chirurgischen Therapie der Hydrocephalie finden und die Bildung eines Prolapses vermeiden können. Den Namen Stauungspapille einer Sehnervenschwellung zu erteilen nach dem Grade der Erhebung des Papillenkopfes, scheint mir nicht ganz richtig zu sein. Wir müssen uns in der Bezeichnung nach der Ursache der Krankheit richten. Es giebt besonders bei lokalem Hirndruck Stauungen, welche geringgradig und von kurzer Dauer sind, welche durch Auftreibung des III Ventrikels, durch Kompression der Arteria ophtalmica bei hohem Druck im Cavum Granii bald zur Atrophie führen; auch für diese wird die Bezeichnung Druck- oder Stauungspapille erhalten bleiben müssen. Auch der Entzündung ist ja eine grosse Rolle zuzuschreiben, wenn auch im wesentlichen bei soliden Tumoren die Entzündungserscheinungen vornehmlich als sekundär zu betrachten sind.

II. Punkt der Tagesordnung: Dr. E. Mey hält seinen angekündigten Vortrag über Herz- und Gefässkranke.
(Autoreferat).

Vortragender bespricht die in der Praxis besonders üblichen Methoden der funktionellen Herzprüfung und gelangt zu dem Ergebnis, dass nach den bisherigen Erfahrungen man im Allgemeinen sagen kann, dass die dem Praktiker zugänglichen Methoden keine befriedigenden sind. Deshalb schlägt er einen Weg vor, der an sich wohl nicht neu ist, in seiner Bedeutung aber viel zu wenig beobachtet und gewürdigt wird, und glaubt, dass derselbe, im Verein mit den üblichen geeigneter erscheinen dürfte die Leistungsfähigkeit der Kreislauforgane mit grösserer Wahrscheinlichkeit vorherzusagen. Dieser Weg sollte durch die genaueste Berücksichtigung der Familiengeschichte betreten werden. Es dürfte also darauf ankommen, bei jedem Herzkranken oder Gesunden festzustellen, ob er aus einer gefässstarken oder gefässschwachen Aszendenz stammt? Finden sich in einer Familie vorwiegend Glieder, die ein hohes Alter erreicht haben, so ist man auf Grund dieser Tatsache berechtigt dem Individuum eine gute Lebensprognose zu stellen. Bei einem mit einem Klappenfehler behafteten Kranken können wir doch mit gutem Recht annehmen, dass sein Herzmuskel über einen grösseren Vorrat an Reserveenergie verfügen wird, wenn er aus einer langlebigen Aszendenz stammt (die eben das Vorhandensein eines familiären funktionell hochwertigen Gefässsystems beweist), dass also die Läsion am Herzen, bei entsprchendem Lebensregime, für eine längere Dauer kompensiert erhalten werden kann. Ebenso weist Vortragender in der Pathogenese der Arteriosklerose ganz besonders auf das hereditäre Moment hin, indem er den Unterschied zwischen funktionell hochwertiger und minderwertiger Anlage der Gefässe betont, die familiär oder individuell sein kann.

Es sind eine Reihe von Familien bekannt, in welchen die Arteriosklerose schon frühzeitig zur Entwickelung gelangt und vielen oder auch sämtlichen Gliedern den frühen Tod bereitet. Demnach will Vortragender mehr das innere Moment in der Aetiologie der Herz- und Gefässsklerose berücksichtigt wissen und dieselbe nicht in dem Masse in das Eindringen von äusseren Schädlichkeiten verlegen als es bisher geschieht. Wie in der Psychiatrie der Begriff Disposition, Krankheitsanlage, erbliche Belastung zu einer so ausserordentlich hohen Bewertung gelangt ist, so müssten diese Momente auch in der Pathogenese der Herz- und Gefässerkrankungen (Sklerose) eine grössere Würdigung erfahren. Allen den bekannten ursächlichen Noxen, welche erfahrungsgemäss die Kreislaufsorgane speziell ungünstig beeinflussen, wie Alkohol, Tabak, Lebensweise, psychische Einflüsse u. s. w. muss natürlich die ihnen gebührende Rolle zugewiesen werden. Sollten dieselben aber vielleicht doch nicht mehr als nur die Bedeutung von mitwirkenden, unterstützenden oder auslösenden Ursachen beanspruchen dürfen? Dieses gilt auch für den mässigen, wenn auch täglichen Alkoholgenuss. Die Syphilis nimmt in der Aetiologie der Sklerose eine Sonderstellung ein insofern, als diese Seuche direkt die Gefässe an-

zugreifen im Stande ist, sie bevorzugt aber auch wieder disponierte gefässschwache Individuen. Die Hauptursache der frühzeitigen Sklerose liege in der meistens angeborenen, resp. ererbten funktionell minderwertigen Veranlagung des Zirkulationssystems, welche eben auch den normalen Ansprüchen, den ganz gewöhnlichen Lebensreizen und Einflüssen, wie sie jeder Tag auf uns einwirken lässt, nicht gewachsen sein kann.

Dr. Hampeln bemerkt dass der konstitutionelle Faktor bei der Arteriosklerose ganz richtig von Dr. Mey betont worden sei; die funktionelle Prüfung ist jedoch vielleicht zu wenig berücksichtigt worden für die Untersuchung; ein erkranktes Herz kann ja auch Normales leisten, doch aus einer abnormen Leistung darf noch nicht auf ein erkranktes Herz geschlossen werden; die funktionellen Prüfungen sind jedoch sehr schwer, die Bestimmung der Pulsfrequenz z. B. ist doch viel zu unsicher. 2 Methoden seien wohl die geeignetsten 1) die Methoden von Grendbeur, bei welcher die Herzfrequenz plus Blutdruck am Ergostaten geprüft werde, doch sei dies Verfahren sehr kompliziert. 2) Das Verfahren von Masing und Sahli mit welchem der sogenannte Pulsdruck, d. h. die Differenz des diastol. und systol. Druckes gemessen wird; diese Prüfung scheint Hampeln am besten zu sein.

Stellvertr. Sekretär: Dr. Th. Schwartz.

Tagesnachrichten.

Personalia.

— Der emeritierte Warschauer Professor Geheimrat Dr. E. v. Trautvetter ist als Oberarzt der Wilnaschen Mariengemeinschaft barmherziger Schwestern des Roten Kreuzes wieder in den Dienst gestellt worden.

— Der ältere Inspektor beim Minister der Wegekommunikationen, beständiges Mitglied des Medizinalrats, Ehrenleibmedikus Geheimrat Dr. Golowin ist auf eigenes Ersuchen von dem Amte des älteren Inspektors enthoben worden, unter Belassung beim Militär-Medizinalressort und als Ehrenleibmedikus.

— Befördert für Auszeichnung: Zu wirklichen Staatsräten — die wirklichen Mitglieder des Kuratorenkonseils des Asyls des Prinzen Peter von Oldenburg Dr. Adolf Wagner und Dr. Leo Dankowski.

— Der stellv. Gouvernements-Medizinalinspektor von Archangel, Staatsrat Dr. Ornatski ist zum Kiewer Gouvernements-Medizinalinspektor ernannt worden.

— Der Privatdozent der Moskauer Universität und Konsultant bei den Anstalten der Kaiserin Maria, wirkl. Staatsrat Dr. Golubinin, ist zum ausserordentlichen Professor der therapeutischen Fakultätsklinik an dieser Universität ernannt worden.

— Ausser Professor Haeckel (Jena) ist auch der Berliner Professor der Anatomie Dr. Hertwig anlässlich des 200-jährigen Jubiläums der Geburt des Botanikers und Arztes Carl v. Linné zum Ehrendoktor von der Universität Upsala promoviert worden.

— Wie aus München gemeldet wird, soll Prof. Dr. Bumm-Direktor der gynäkologischen Klinik in der Charité zu Berlin, nach München als Nachfolger Prof. Winkels auf dem Lehrstuhl der Geburtshülfe und Gynäkologie berufen werden. Die Berufung Bumms gilt dort bereits als sicher, da Bumms Bruder Staatsrat im bayerischen Kultusministerium ist.

— Zum Direktor der chirurgischen Universitätsklinik in Breslau ist an Stelle von Prof. Garré, der bekanntlich Biers Lehrstuhl in Bonn übernimmt, Prof. Dr. Hermann Küttner, Direktor der chirurgischen Klinik in Marburg, berufen worden. Er soll dem Vernehmen nach den Ruf angenommen haben.

— Der bisherige Direktor an der Medizinschule von Gülhane in Konstantinopel Prof. Dr. Deycke giebt seinen Posten auf und kehrt nach Hamburg zurück. Zu seinem Nachfolger ist Prof. Dr. Wieting ernannt worden.

— Der Privatdozent und Assistenzarzt an der Heidelberger medizinischen Universitätsklinik Dr. Max Pfister ist zum Leibarzt des Königs von Siam ernannt worden.

— Professor Dr. Robert Koch, der im Mai-Monat in Berlin einzutreffen beabsichtigte, wird wahrscheinlich erst im Herbst dieses Jahres zurückkehren, da seine Arbeiten über die Schlafkrankheit noch nicht zu dem erwarteten Abschlusse gekommen sind. Ebenso ist dem Professor Dr. Neisser, Direktor der Klinik für Syphilis und Hautkrankheiten in Breslau, zur Fortsetzung seiner wissenschaftlichen Untersuchungen in Batavia der bewilligte Urlaub bis zum 1. Dezember 1907 verlängert worden. Mit seiner Vertretung in den Vorlesungen und in der Leitung der Klinik ist nach wie vor der Privatdozent Dr. Zieler betraut worden.

Nekrologe.

— Verstorben sind: 1) Am 8. Mai in Moskau der Professor der chirurgischen Hospitalklinik an der Charkower Universität, Dr. Nikolai Ssokolow, im Alter von 52 Jahren. Seine ärztliche Tätigkeit hat er seit 1878 ausgeübt und zwar anfangs in Moskau. 2) Im Sanatorium Hallila (Finland) der ältere Arzt der 3. Flottenequipage in Kronstadt Dr. Nikolai Golenowski im 47. Lebensjahre. Der Verstorbene war Marinearzt seit 1888. 3) In Moskau am 9. Mai der ordentliche Professor emer. der medizinischen Chemie und Physik an der dortigen Universität, wirkl. Staatsrat Dr. Alexander Bulyginski, im 69. Lebensjahre. Der Hingeschiedene, welcher i. J. 1861 den Arztgrad und später auch die Doktorwürde an der Moskauer Universität erlangte, hat mehr als 30 Jahre dem Lehrkörper dieser Universität angehört. 4) In Pawlowsk am 16. Mai der ältere Arzt am St. Petersburger Marienhospital für Arme, wirkl. Staatsrat Dr. Gustav Trachtenberg, im 59. Lebensjahre am Magenkrebs. Seit 1878 war Trachtenberg als Arzt hier tätig, wo er neben seiner Stellung als Chirurg am Marienhospital auch als Konsultant für Chirurgie an den Anstalten des Ressorts der Kaiserin Maria fungierte. Der Verstorbene genoss den Ruf eines tüchtigen Chirurgen und Operateurs; seine chirurgischen Kurse, die er alljährlich für angereiste Aerzte hier abhielt, erfreuten sich daher eines regen Zuspruchs. 5) In London der Professor der klinischen Medizin am London-Hospital Dr. A. E. Samson, der als erster die Pasteur'schen Lehren über Fäulnis und Gährung nach England brachte, aber damit keinen Erfolg hatte. 6) In Krakau Dr. Heinrich Jordan, Professor der Gynäkologie an der dortigen Universität.

Von Universitäten und med. Instituten.

— Prof. Dr. Aug. Bier hat am 15./28. Mai zum ersten Male im Operationssaale der berliner chirurgischen Universitätsklinik vor einer zahlreichen Hörerschaft gesprochen. In seiner Rede erklärte er, dass er ein Gefühl hoher Verantwortung nicht nur seinen grossen Vorgängern, sondern auch der Studentenschaft gegenüber empfinde. Es sei schwer für ihn, einen Mann wie Ernst v. Bergmann, den so glänzenden Operateur und Redner, zu ersetzen. Sie beide seien verschiedene Naturen. Er betrachte es aber als ein heiliges Vermächtnis, das Andenken des grossen Mannes hochzuhalten. Dann liess er sofort einen Kranken hereinbringen und ging in medias res über.

— Mit der Beratung der Reform der militär-medizinischen Akademie ist vom Kriegsminister die Professorenkonferenz der Akademie beauftragt worden, welche zur Ausarbeitung dieser Frage aus ihrer Mitte eine Kommission, bestehend aus den Professoren N. Gundobin, W. Ssirotinin, N. Weljaminow, N. Tschistowitsch, W. Belljarminow und J. Dianin gewählt hat.

— Wie der «R. Wratsch» erfährt, wird der Privatdozent der Psychiatrie an der Moskauer Universität Dr. S. A. Ssuchanow im nächsten Lehrjahre Vorlesungen über pathologische Psychologie in der historisch-philologischen Fakultät dieser Universität halten.

Standesangelegenheiten.

— Wie aus Pjatigorsk der Telegraph meldet, wurde die dortige russische balneologische Gesellschaft auf administrativem Wege aufgelöst und ihre Kanzlei sowie ihre Bibliothek versiegelt.

— Der Landschaftsarzt Constantin Wereschtschagin, sowie der Besitzer eines Apothekermagazins Weller sind auf Anordnung des Gouverneurs aus dem Tambowschen Gouvernement per Etappe ausgewiesen worden, weil sie eine Sendung illegaler Druckerzeugnisse empfangen haben.

— Dr. Demetrius Nikolski, Arzt an dem Newski-Fabrikkrankenhause hierselbst, ist vom Stadthauptmann mit 300 Rbl. resp. 2 Monate Arrest bestraft worden, weil er als Mitglied des Newski-Volksvergnügungsvereins den Gymnastiksaal des Vereins zu einer Versammlung hergegeben hatte, in welcher das Sozialdemokratische Reichsdumamitglied Alexinski über die Tätigkeit der Reichsduma berichten sollte.

— Die Hörerin des weiblichen medizinischen Instituts Sophie Pantschin ist für Zugehörigkeit zu einer staatsgefährlichen Gesellschaft von der St. Petersburger Gerichtspalate zu dreijähriger Festungshaft, unter Anrechnung der 9½-monatlichen Untersuchungshaft, verurteilt worden.

— Der Kongress der Vertreter sanitätsärztlicher Organisationen der Moskauer Landschaft, welcher am 10. Mai in Moskau eröffnet wurde, hat am 12. Mai seine Tätigkeit als Protest gegen die Verfügung des Gouverneurs, der die Wahl K. Masings und ebenso des Fürsten Golizyn zu Präsidenten des Kongresses nicht bestätigt hat, eingestellt, weil er die Aufnahme der Arbeiten unter den obwaltenden Verhältnissen für unmöglich hielt.

— In Marburg (Steiermark) erhängte sich der Regimentsarzt Swaton in einem Anfalle von Geistesstörung, verursacht durch die Anklage, dass er am Tode eines Dragoners schuld sei, den er für betrunken hielt, wobei er übersehen hatte, dass dieser sich eine Kugel in den Kopf geschossen hatte.

Epidemiologisches.

— Typhus und Skorbut. Im Misserntерayon Russlands nimmt nach einer Mitteilung des Obermedizinalinspektors seit dem April der Typhus sukzessive ab, während der Skorbut zunimmt, namentlich im Gouv. Ufa. Im Aprilmonat sind Erkrankungen an Abdominaltyphus in Verbindung mit ungenügender Ernährung konstatiert worden: im Gouv. Samara — 111 Fälle, Saratow — 109, Simbirsk — 88, Kasan — 77, Nishni-Nowgorod — 94, Pensa — 138, Tambow — 1334 und Ufa — 122 Fälle. Erkrankungen an Skorbut wurden registriert: im Gouv. Samara — 962 Fälle, Saratow — 100, Simbirsk — 1, Kasan 239, Nishni-Nowgorod — 14, Tambow — 28 und Ufa — 9749 Fälle.

— Pest in Indien. Nach den offiziellen über den Stand der Pest veröffentlichen Zahlen scheint es, dass alle Anstrengungen, diese furchtbarste Plage Indiens einzuschränken, fruchtlos bleiben. Die Zahl der Opfer der Pest ist in den letzten Jahren nicht zurückgegangen und nur innerhalb der einzelnen Distrikte lassen sich Verschiebungen in der Sterblichkeitsziffer nachweisen. Nach wie vor erreicht die Zahl der Opfer der Pest in Indien in einem Jahre fast die Summe von einer Million. Namentlich in Bengalen und in den vereinigten Provinzen ist die Pest in stetem Wachsen. Während man i. J. 1900 dort kaum 100,000 Todesfälle an der Pest zählte, ist diese Ziffer im letzten Jahre auf 380,000 gestiegen.

Verschiedene Mitteilungen.

— Der XVI. internationale medizinische Kongress findet im Jahre 1909 in Budapest statt. Der Kaiser von Oesterreich hat das Protektorat des Kongresses übernommen. Zur Deckung der Auslagen haben der Staat und die Stadt Budapest je 100,000 Kronen (40,000 Rbl.) bewilligt. Die Sitzungen werden vom 29. August bis 4. September n. St. dauern. Auskünfte erteilt der Generalsekretär des Kongresses in Budapest, Esterhazygasse 7.

— Auf die Angriffe gegen die Lungenheilstätten, die neuerdings von ärztlicher Seite erhoben wurden, hat Prof. Dr. Fränkel in der Generalversammlung des Berlin-Brandenburger Heilstättenvereins mit beweisenden Zahlen geantwortet. In der Heilstätte Belzig sind in den Jahren 1900—1906 insgesammt 2255 Lungenkranke aufgenommen worden. Davon gehörten 765 dem ersten (leichten) Stadium, 788 dem mittleren und 702 dem dritten Stadium der Tuberkulose an. Von den 765 Kranken des ersten Stadiums sind 243 geheilt und 483 als gebessert entlassen; von den 788 des zweiten Stadiums wurden 51 geheilt, bei 596 war eine Besserung zu verzeichnen, während bei 105 die Krankheit unverändert blieb. Von den 702 Kranken des dritten Stadiums wurde nur einer geheilt, 311 wurden gebessert, bei 298 blieb die Krankheit unverändert. Von den 2255 Kranken sind also 295 Geheilte und 1390 Gebesserte zu verzeichnen. Zum Schluss meinte Prof. Fränkel: «Wenn mir jemand ein Mittel nachweist, wie man ausserhalb der Heilstätten solche Erfolge erzielen kann, so wollen wir bekennen, dass wir uns mit unserem guten Werke geirrt haben».

Bf.







Adressen von Krankenpflegerinnen:
Frl. Pauline Winkel, Конногвардейскій переулокъ 4, кв. 2.

Herausgeber Dr. Rudolf Wanach. Buchdruckerei v. A. Wienecke Katharinenhofer Pr. № 15.

XXXII. JAHRGANG. ST. PETERSBURGER Neue Folge XXIV. Jahrg.

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Redaktion von

Prof. Dr. Karl Dehio. Dorpat.

Dr. Johannes Krannhals. Riga.

Dr. Rudolf Wanach. St. Petersburg.

Die „St. Petersburger Medizinische Wochenschrift" erscheint jeden Sonnabend.—Der Abonnementspreis ist in Russland 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr inkl. Postzustellung; in den anderen Ländern 20 Mark jährlich, 10 Mark halbjährlich. Der Insertionspreis für die 3mal gespaltene Zeile in Petit ist 20 Kop. oder 45 Pfen.—Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt. –Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.

Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate bittet man ausschliesslich an die Buchhandlung von K. L. Ricker in St. Petersburg, Newsky-Prospekt № 14, zu richten. — Manuskripte sowie alle auf die Redaktion bezüglichen Mitteilungen bittet man an den geschäftsführenden Redakteur Dr. R. Wanach in St. Petersburg, Petersb. Seite, Alexandrowski Pr. 6 zu richten. Sprechst. Dienstag, Donnerstag und Sonnabend 5—6.

№ 22 St. Petersburg, den 2. (15.) Juni. 1907.

Der XIX. Aerztetag der Gesellschaft Livländischer Aerzte

findet vom 17.—19. August a. c. in Dorpat statt. Kollegen welche Vorträge zu halten wünschen, werden gebeten, dieselben spätestens bis zum 1. Juli c. beim Unterzeichneten anzumelden und die Manuskripte in druckfertigem Zustande zum Aerztetage mitzubringen.

Dr. med. Ch. Ströhmberg,
d. Z. Präses der Gesell. livl. Aerzte.

Dorpat, Karlowa Str., Nr. 6.

Ueber den primären Krebs des Wurmfortsatzes.

Von

F. Weber.

Dozent an der Militärmedizinischen Akademie zu St. Petersburg.

Der primäre Krebs des Wurmfortsatzes gehört zu den sehr seltenen Erkrankungen dieses Organs.

Ich möchte erst einen eigenen Fall kurz beschreiben, den ich im vorigen Jahre zu beobachten und zu operieren Gelegenheit hatte, um dann auf die Literatur dieser Frage etwas näher einzugehen.

D. E. Komptoirist, 43 Jahre alt, erkrankte zum ersten Mal im Jahre 1901 unter Erscheinungen einer akuten Appendizitis. Solche Fälle wiederholten sich 5—6 Mal im Jahr und dauerten von 2—8 Tagen. Im Mai 1904 bekam er einen sehr schweren Anfall; er wurde aus Terrioki in einem sehr schweren Zustande mit Zeichen einer beginnenden allgemeinen Peritonitis ins Hospital Mariae Magdalenae gebracht, mit einem grossen eitrigen Exsudat in der rechten Fossa iliaca. Sogleich wurde von mir die Operation — ein breiter Schnitt in der Coecalgegend — ausgeführt; es wurde eine grosse Eiteransammlung und weitgehende Verwachsungen zwischen den Därmen gefunden. Wegen des schweren Allgemeinzustandes wurde der Appendix, der in den Verwachsungen versteckt war, nicht gesucht. Nach der Operation gingen die peritonitischen Erscheinungen rasch zurück und der Kranke fing sehr rasch an sich zu erholen. Die grosse Wunde heilte per granulationem und war in 3 Monaten vollständig vernarbt. Die typischen Appendizitisanfälle wiederholten sich seitdem nicht mehr, nur stellte sich zuweilen ein dumpfer Schmerz in der Coecalgegend ein, besonders nach länger dauernder Verstopfung. Bald nach der Operation fing sich an eine Ventralhernie zu entwickeln. Im Februar 1906 überstand er eine rechtsseitige trockene Pleuritis. In der Familiengeschichte wurde keine Tuberkulose erwähnt.

Der Kranke ist anaemisch, mittelmässig ernährt, ohne Zeichen von Kachexie. Klagt über dumpfe Schmerzen in der rechten Fossa iliaca, die sich bei Verstopfung verschlimmern. Er wandte sich an mich hauptsächlich wegen seiner Ventralhernie, die sich zu vergrössern anfing und ihn belästigte. Sie hatte die Grösse einer Faust erreicht. Durch die verdünnte Haut konnte man in der Gegend des Coecum sehr gut eine längliche etwas geschweifte harte leicht höckerige wenig empfindliche Geschwulst von der Grösse eines Gänseeies fühlen.

Den Umstand berücksichtigend, dass der Kranke vor Kurzem eine Pleuritis überstanden hatte, war ich geneigt den Tumor für einen tuberkulös entarteten Appendix anzusehen.

Am 28. April 1906 wurde von mir die Operation ausgeführt. Durch einen eliptischen Schnitt exzidierte ich die ganze Hautnarbe, wobei die Bauchhöhle eröffnet wurde. Starke Verwachsungen der vorderen Bauchwand, des Netzes und teilweise des Ileum mit dem Coecum werden gelöst; der Appendix ist stark verdickt, hart, höckerig, nach oben gedreht und hier verwachsen mit der äusseren hinteren Fläche des Coecum. Der Appendix ist an seiner Basis 3 Querfinger dick; die Infiltration geht vom Wurmfortsatz auf die angrenzende Partie des Coecum über. Die Infiltration nimmt den ganzen Appendix ein, wobei der Umfang zur Spitze hin allmälig abnimmt. Das Mesenteriolum ist wenig verändert und

enthält keine Lymphdrüsen. Es wurde der ganze Appendix mit der an ihn angrenzenden Coecumpartie reseziert, nachdem das Ileum und Colon ascendens temporär abgeschlossen waren. Zuerst wurde ein senkrechter Schnitt geführt auf der Stelle, wo das Ileum in den Blinddarm übergeht. Nachdem das Coecum eröffnet war wurde die ganze untere Ausbuchtung des Blinddarms mit dem Wurmfortsatz abgetragen, wobei die Appendixmündung von einem 3—4 Zentimeter breiten Rand gesunder Coecalwand umsäumt war; dabei wurde ein Teil der Bauhinschen Klappe mitentfernt; auf die blutenden Gefässe wurden gleich Ligaturen angelegt. Darauf wurde die Wunde im Coecum in zwei Etagen mit Seide zugenäht. Da die untere Ausbuchtung des Blinddarmes stark ausgebildet war, entstand keine Stenose, obgleich ein ziemlich grosses Stück des Coecum reseziert werden musste.

Nachdem der Rand der Fascie entblösst war, wurde die Bauchwand in typischer Weise in 4 Etagen vernäht. Der postoperative Verlauf war ein ganz glatter. Der erste Stuhl war am sechsten Tage nach der Operation. Die Wunde heilte per primam. Am 18. Mai also 3 Wochen nach der Operation konnte der Patient das Hospital verlassen.

Die entfernte Geschwulst hatte die Grösse einer Faust und bestand aus dem kolossal verdickten Appendix und einem Teil des Coecums, das 3—8 Zentim. breit die Appendixmündung umsäumte. Die Infiltration ging auf die Blinddarmwand über, wobei aber die Schleimhaut des Blinddarms wenig verändert und nicht ulzeriert war. Der Appendix war 13 Zentm. lang und an seiner Basis 5 Zentim. dick. Sein Lumen war erweitert und enthielt colloide Massen. Die Appendixwand war stark verdickt, hauptsächlich auf Kosten der Mucosa, die in ihrer ganzen Ausdehnung von einer gelatinösen Geschwulst infiltriert war. Diese Infiltration ging stellenweise auch auf die Muscularis über. Die Serosa war entzündlich verdickt, aber von der Geschwulstinfiltration nicht tangiert.

Unter dem Mikroskop stellte sich die Geschwulst als typisches Adenokarzinom heraus.

Was für eine seltene Erkrankung das primäre Karzinom des Wurmfortsatzes ist kann man daraus sehen, dass in Deutschland, wo jedes Jahr eine ganze Reihe von Arbeiten über alle möglichen Formen von Appendizitis erscheinen, erst am Ende des Jahres 1906 die erste ausführliche Arbeit über dieses Thema von Theodor Landau erschien.

Eine ganze Reihe von hervorragenden Chirurgen wie Sonnenburg, Kümmel, Treves, die über Tausende von Appendizitisfällen verfügen erwähnen in ihren Arbeiten nichts über Karzinom des Appendix.

Die meisten diesbezüglichen Arbeiten sind von englischen und holländischen Chirurgen verfasst worden.

Der erste Fall von primärem Appendixkrebs wurde von Merling im Jahre 1838 beschrieben; bei der Sektion eines Kranken, der an einer Perforationsperitonitis zu Grunde gegangen war, wurde ein harter infiltrierter Appendix gefunden, der von harten Knoten durchsetzt war; nah an der Basis des Appendix sass die Perforation, die zur Peritonitis geführt hatte; der Appendix wurde nicht mikroskopisch untersucht.

Im Jahre 1867 beschrieb Rokitansky 4 Fälle; in allen vieren wurde der Appendixkrebs nur zufällig gefunden bei der Sektion von Kranken die wegen Lungen- und Herzleidens gestorben waren. In allen Fällen war der Appendix verdickt, verlängert, das proximale Ende obliteriert; das Lumen war ausgefüllt mit gelatinösen Massen.

Im Jahre 1882 beschrieb Beger einen Fall, wo ein Appendixkarzinom operativ entfernt worden war, wobei die richtige Diagnose schon vor der Operation gestellt wurde. Der 47-jährige Kranke wurde in die Klinik von Thiersch mit einer faustgrossen höckerigen exulcerierten Geschwulst in der rechten Iliacalgegend aufgenommen; vor drei Jahren wurde hier ein Abszess eröffnet, wonach die wuchernden Granulationen schliesslich diesen Tumor bildeten; die mikroskopische Untersuchung eines zur Probe exzidierten Stückes ergab ein Adenokarzinom. Da es darnach klar war, dass die Geschwulst aus dem Darm stammte, die Fistel aber weder Darminhalt noch Gaze beförderte, wurde angenommen, dass der Tumor sich aus dem Appendix entwickelt. Die Operation bestätigte diese Annahme; sie war sehr beschwerlich, da die Geschwulst aus Verwachsungen mit dem Samenstrang und den tiefen Gefässen gelöst werden musste. Die Geschwulst fing sich an zu entwickeln scheinbar an der Spitze des Fortsatzes, um ihn schliesslich ganz einzunehmen und auf das Coecum überzugehen. Ein Teil des letzteren musste reseziert werden. Der Kranke starb 36 Stunden nach der Operation.

Darnach wurden noch eine ganze Reihe von derartigen Fällen beschrieben, wobei der wahre Charakter der Erkrankung erst nach einer Operation sich entpuppte, die wegen vermeintlicher Appendizitis ausgeführt wurde; oder das Appendixkarzinom wurde als zufälliger Befund gefunden bei der Sektion von Kranken, die wegen der verschiedensten Ursachen starben.

Landau hat aus der ganzen ihm zur Verfügung stehenden Literatur 64 Fälle gesammelt. Von diesen waren 58 Karzinome, 4 Endotheliome und 2 Sarkome.

Im vierten Teil aller Fälle wurde die Diagnose bei der Sektion gestellt, wobei nur in 2 Fällen der Tod der Erkrankung des Appendix in die Schuhe geschoben werden kann.

Die Aetiologie des Appendixkarzinoms ist ebensowenig bekannt, wie die Aetiologie der Krebsgeschwülste überhaupt. Es ist nicht daran zu zweifeln, dass die chronischen Entzündungsprozesse, die hier so oft vorkommen, eine grosse Rolle bei der Entwickelung des Karzinoms spielen; in der Tat findet man bei den meisten Fällen die Tatsache erwähnt, dass die Kranken längere Zeit an Appendixattacken litten.

Mann muss sich eigentlich wundern, dass der Appendix so selten zum Ausgangspunkt einer bösartigen Neubildung wird, da nicht gerechnet den Umstand, dass hier sehr oft chronische entzündliche Zustände vorkommen, die zu Neubildungen disponieren, im Appendix noch besondere Spezialbedingungen vorhanden sind, die nach Elting die Geschwulstentwickelung begünstigen: 1) Die Krebse des Darmkanals entwickeln sich dort am liebsten, wo das Darmlumen verengt ist, was am Appendix oft der Fall ist. 2) Reste von Foetalgewebe und Organe, die sich einer physiologischen Atrophie unterziehen, wie der Appendix, sind der Lieblingssitz von bösartigen Neubildungen. 3) Im Wurmfortsatze befinden sich oft Fremdkörper und kleine Kothsteine, die die Schleimhaut irritieren und so den Anlass zur Krebsbildung geben können. Wie bekannt, sind in der Gallenblase und in den Gallengängen Gallensteine sehr oft die Ursache einer Krebsneubildung.

In der Literatur ist eine ganze Reihe von Fällen beschrieben, wo nur die genaue mikroskopische Untersuchung eines wegen vermeintlicher chronischer Appendizitis entfernten Appendix zeigte, dass es sich hier um Krebs und nicht nur um chronische Entzündung handelte. Es ist anzunehmen, dass primäre Appendixkarzinome öfter vorkommen, als man nach den spärlichen Literaturangaben erwarten könnte.

Ich bin überzeugt, dass wenn die entfernten Wurmfortsätze genauer mikroskopisch untersucht werden, man bedeutend häufiger bösartige Neubildungen finden wird.

Es ist interessant, dass der primäre Appendixkrebs oft sich im jugendlichen Alter entwickelt. So operierte Baldauf ein 8 jähriges Mädchen, Letulle und Weinberg ein 12-jähriges Kind, Riddle Goffe ein 15-jähriges Mädchen. Von den 17 Kranken, die Elting gesammelt hat, waren neun (53%) unter 30 Jahren und vier (24%) unter 20 Jahren.

Dieses jugendliche Alter erklärt sich dadurch, dass die Entzündung des Wurmfortsatzes sich meistens im zweiten und dritten Dezennium entwickelt. Es ist nicht ohne Interesse diese Zahlen mit dem Alter zu vergleichen, wann sich die Krebse des Dickdarms ent-

wickeln; die letzten Neubildungen werden am häufigsten im Alter zwischen 50 und 60 Jahren getroffen. Landau macht darauf aufmerksam, dass fast in allen Fällen, wo bei der Operation ein Appendixkrebs gefunden wurde, diese Geschwulst immer sehr klein war; er spricht die Vermutung aus, dass auch im Dickdarm diese Geschwülste sich bedeutend früher entwickeln, dass sie sehr langsam wachsen und dass nur im vorgerückten Alter, wenn sie grössere Dimensionen erreicht haben sie schwere Darmerscheinungen hervorzurufen anfangen. Ich halte diese Vermutung für ganz unwahrscheinlich, da es uns bekannt ist, dass beim Darmkrebs sich sehr rasch verschiedene schwere Degenerationserscheinungen einstellen, wobei die Geschwulst sehr rasch anfängt zu wachsen.

Was die Form betrifft, in welcher der Krebs im Appendix auftritt, so muss man diffuse und zirkumskripte Krebse unterscheiden. Die ersten sitzen in Form von einzelnen weissen oder gräulichen Knoten von der Grösse einer Erbse oder Bohne in der verdickten Wand oder umschliessen in Form eines Ringes den Appendix. Die diffusen Krebse nehmen ihre Entwickelung gewöhnlich vom distalen Ende des Fortsatzes, um schliesslich den ganzen Appendix oder sogar die angrenzende Coecumwand in Mitleidenschaft zu ziehen. Die Grösse der Geschwulst kann die Grösse einer Faust oder eines Gänseeies, wie in meinem Falle erreichen. Die diffusen Formen haben gewöhnlich die Struktur des Colloidkrebses.

Im Appendix kommen Krebsgeschwülste vor von gleichartiger mikroskopischer Struktur mit den Darmkrebsen überhaupt. Die gewöhnliche Form ist das Karzinoma simplex und das Adenokarzinom. Die colloide Entartung der Geschwülste kommt bei den diffusen Formen wie gesagt sehr oft vor.

Charakteristisch ist es, dass der Wurmfortsatzkrebs wenig Tendenz hat auf die benachbarten Organe und die regionären Lymphdrüsen überzugehen, selten Metastasen aufweist und nach der Exstirpation des vom Krebs betroffenen Appendix äusserst selten rezidiviert.

Nur in Ausnahmefällen wurde in der Literatur ein schwererer Verlauf dieser Erkrankung beschrieben. So im Fall von Beger, wo das Karzinom auf die vordere Bauchwand und das Coecum überging und in der Tiefe mit den grossen Gefässen eng verwachsen war. Lejars beschreibt einen Fall, wo à froid ein stark verdickter auf dem Durchschnitt weisslicher Appendix entfernt wurde; die mikroskopische Untersuchung zeigte einen von der Schleimhaut ausgehenden Krebs; nach einigen Monaten entwickelte sich in der Coecalgegend ein knolliger harter Tumor, zeigte sich Aszites; die zweite Operation zeigte eine allgemeine Generalisation der Krebsgeschwulst, die radikal nicht entfernt werden konnte.

Von den 62 Fällen, die Rolleston und Lawrence Jones gesammelt haben, sind Metastasen nur in 5 Fällen beschrieben worden; 3 mal waren die Lymphdrüsen der Bauchhöhle ergriffen, einmal waren Metastasen im Peritoneum und einmal Metastasen in der Leber und dem Eierstock.

Der Verlauf beim Krebs des Wurmfortsatzes ist immer ein langwieriger, da diese Neubildungen scheinbar sehr langsam wachsen, wodurch sie sich vorteilhaft von den Krebsen des Dickdarmes auszeichnen. Bei den letzteren irritieren die Kotmassen die Geschwulst und beschleunigen auf diese Weise das Wachstum; indem sie mechanisch das Oberflächenepithel abreiben führen sie leicht zu Exulzerationen und zum Zerfall der Geschwülste. Beim Appendixkrebs fallen diese Momente ganz weg, wodurch so ein gutartiger Verlauf dieser Erkrankung erklärt werden kann.

Was die Symptomatologie dieser Erkrankung anbetrifft, so können kleine Krebsgeschwülste ganz symptomenlos verlaufen und werden als zufälliger Befund bei der Sektion gefunden; oder aber sie entwickeln sich auf dem Boden einer chronischen Appendizitis und weisen alle Symptome auf, die für letzteres Leiden charakteristisch sind.

Da dabei ein Organ erkrankt, welches in funktioneller Hinsicht keine Bedeutung hat, ist es verständlich, dass bei der krebsigen Entartung des Appendix das Allgemeinbefinden wenig zu leiden braucht; sogar bei sehr lang dauernder Erkrankung kann Kachexie vollständig fehlen.

In diesen Fällen eine richtige Diagnose zu stellen ist meistens sehr schwierig. In allen Fällen, wo der Appendixkrebs bei der Operation gefunden wurde, wurde die Operation wegen der Diagnose chronische Appendizitis ausgeführt. Eine Ausnahme bildet der Fall von Beger; es war, so viel ich weiss, der einzige Fall, wo dank einer Kombination von günstigen Umständen es möglich war vor der Operation eine richtige Diagnose zu stellen.

Beim Krebs des Dünndarms und ganz besonders des Dickdarms kann uns die Untersuchung des Darminhaltes, welcher Blut oder sogar kleine Geschwulstteile enthält, die Diagnosenstellung sehr erleichtern. Beim Krebs des Appendix tritt Blut oder blutiger Schleim aus dem Appendix ins Coecum gar nicht oder in so geringen Mengen heraus, dass er wohl kaum jemals bei der Untersuchung der Faeces gefunden wird.

Als zweites für Darmkrebs charakteristisches Symptom müssen Erscheinungen von Darmstenose oder temporärer Darmoclusion angesehen werden. Beim Krebs des Wurmfortsatzes kann eine Stenosirung des Blinddarms oder des in ihn mündenden Dünndarmes nur in dem Falle auftreten, wenn die Geschwulst des Appendix grosse Dimensionen erreicht oder wenn sie auf die benachbarten Organe übergreift, was ja äusserst selten vorkommt.

Einige Autoren, besonders Norris, heben hervor, dass die Schmerzen beim Appendixkrebs einen besonderen Charakter tragen. Seiner Meinung nach sind bei der chronischen Appendizitis die Schmerzen dumpfer Natur (of a dull aching character), beim Krebs dagegen scharf, schneidend, ausstrahlend (sharp, cutting, lancinating).

Basierend auf meinen persönlichen Erfahrungen an einem grossen höchst mannigfaltigen Appendizitismaterial, kann ich die Schmerzempfindungen, die ein Appendizitiskranker äussert nicht als ein genügend sicheres Symptom hinstellen, um eine chronische Appendizitis von einem Appendixkarzinom zu unterscheiden. Jeder Chirurg, der viele Appendizitisfälle operiert hat, weiss wie trügerisch dieses Symptom ist; wie oft finden wir bei wenig ausgesprochener Schmerzempfindung bei der Operation einen schwer geschädigten gangränösen Fortsatz, und andererseits können gutartige Fälle von chronischer Appendizitis mit geringen peritonitischen Verwachsungen sehr starke ausstrahlende Schmerzen hervorrufen.

Trotz alledem halte ich die Stellung einer richtigen Diagnose in solchen Fällen nicht für eine ganz unmögliche Sache.

Die Diagnose ist möglich, wenn die Geschwulst so gross ist, dass sie durch die Bauchdecken palpiert werden kann, namentlich wenn letztere wegen einer vorausgegangenen Operation verdünnt sind wie in meinem Falle. Wenn in solch einem Falle Darmstenosenerscheinungen fehlen und die mehrfache Untersuchung der Faeces nichts pathologisches aufweist, muss man an die Möglichkeit denken, dass sich der Tumor aus dem Appendix entwickeln kann. Von den Neubildungen des

der linken Dämpfungsgrenze zu, die dazu durch den Spitzenstoss, seine Wahrnehmbarkeit vorausgesetzt, sehr erleichtert erscheint.

Zur Lage- und Grössenbestimmung der Grenzen bedient man sich einerseits der Median- und Mamillarlinie, andererseits der Rippen resp. Zwischenrippenfurchen als Richtlinie. Von diesen erscheint aber nur die Medianlinie brauchbar, da die Mamillarlinie, ebenso ihr Ersatz, die Medioclavicularlinie und endlich die Rippen zu häufige Abweichungen von einer Norm aufweisen, um als Richtlinie dienen zu können.

Ausser der longitudinalen Richtlinie, der Medianlinie, empfiehlt sich an Stelle der Rippen und Interkostalfurchen eine durch den Ansatz des Schwertfortsatzes gezogene horizontale Richtlinie, die man als Schwertfortsatzlinie schlechtweg bezeichnen könnte. Sie schneidet erst die Insertion des 7. und 6. Rippenknorpels trifft dann gewöhnlich die fünfte Rippe, schneidet weiter den fünften Interkostalraum und fällt endlich mit der unteren Lungengrenze zusammen. Auf ihrer konstanten Beziehung zum Zwerchfellansatz beruht ihr Vorzug, während die Orientierung nach der Rippe oft ganz falsche Vorstellungen über die Lage und Ausdehnung des Herzens hervorruft. Die Grenzen und die Lage des Spitzenstosses werden dann sowohl nach ihrer Entfernung von der Medianlinie als von der genannten Horizontalen bestimmt und gemessen. Die Entfernung des Spitzenstosses von der Medianlinie beträgt beim Erwachsenen 8—10 Cm., von der Horizontalen 0—3 Cm. nach abwärts. Selten steht er höher. Die Entfernung der Dämpfungsspitze von der Horizontalen beträgt 2—4 Cm.

Ausser dieser normalen Herzdämpfung und ihrer Ausdehnung sollen aber noch Dämpfungen der Herzgegend Berücksichtigung erfahren, denen man bei gesunden, kräftigen Individuen beiderlei Geschlechts oft begegnet, obschon ein Herzleiden nicht vorliegt. Diese Dämpfungen betreffen entweder nur die Herzgegend oder erstrecken sich in anderen Fällen auch nach oben bis zur Sternalinzisur. Es scheint, dass diese tatsächlich vorhandenen Dämpfungen wegen ihres auffallenden Kontrastes mit dem guten Gesundheitszustand der Untersuchten ignoriert werden. Sie sind aber doch da und müssen ihren Grund haben. Als solche ergaben sich in 2 seiner Sektionsfälle extraperikardiale und retrosternale Fettansammlungen des Mediastinums. Die daraus entspringenden Dämpfungsfiguren haben grosse Aehnlichkeit mit den bei den verschiedensten Herzkrankheiten auftretenden eigentlichen «Herzdämpfungen». Dennoch schützt vor Verwechselungen in der Regel der übrige klinische Lokal- und Allgemeinbefund. Nur die seitlichen Fettanlagerungen bereiten diagnostische Schwierigkeiten, vor allem in der Lebensversicherungs- und Wehrpflichtspraxis mit den Forderungen einer subtilen Entscheidung, ob Herzdilatation vorliegt oder nicht. Diese Entscheidung ist oft recht schwer und auf Grund des Perkussionsbefundes allein nicht möglich. Das Fehlen eines Spitzenstosses, die Abwesenheit eines Zwerchfellhochstandes spricht dann für solche Fettanlagerungen, die zu folgenden Hauptdämpfungsfiguren die Veranlassung abgeben: 1) Grosses, breites Dämpfungsdreieck in der Herzgegend mit in der Regel grösserer Ausdehnung nach links; 2) Die Ausdehnung dieser Dämpfung auch nach oben in «Schornsteinform; 3) Isolierte Dämpfungen des Manubriums.

Es erscheint nun, die Tatsächlichkeit dieser Dämpfungen vorausgesetzt und zugegeben, an der Zeit in Praxi ihre Existenz auch anzuerkennen und in jedem Untersuchungsfalle mit in Erwägung zu ziehen.

(Autoreferat.)

(Schluss folgt.)

Tagesnachrichten.

Personalia.

— Der Gehülfe des Oberarztes des St. Petersburger Obuchowhospitals, Konsultant der Maximilianheilanstalt, Konsultant für Chirurgie beim Hospital der St. Eugenie-Gemeinschaft barmherziger Schwestern und Privatdozent der militärmedizinischen Akademie, Staatsrat Dr. Zeidler, ist zum ausserordentlichen Professor der chirurgischen Fakultätsklinik beim hiesigen weiblichen medizinischen Institut ernannt worden, unter Belassung in seinen bisherigen Stellungen.

— Der klinische Professor des St. Petersburger Nikolai-Militärhospitals, wirkl. Staatsrat Dr. Michael Afanasjew ist auf eigenes Ersuchen mit Uniform und Pension verabschiedet worden.

— Dem Medizinalinspektor des Gebiets des Donischen Kosakenheeres, wirkl. Staatsrat Dr. Rebtschewski, ist der St. Annenorden I. Klasse verliehen worden.

— Dr. Wiltschur, Direktor der von dem Patriotischen Frauenvereine unterhaltenen Schule auf den Namen der Grossfürstin Katharina Michailowna, ist zum wirklichen Staatsrat befördert worden.

— Ins Organisationskomitee des XI. Pirogowkongresses russischer Aerzte, der bekanntlich im Mai 1909 in Odessa stattfinden wird, sind nachstehende Odessaer Professoren und Aerzte gewählt worden: Die Professoren Werigo, Medwjedew, Ssapjeshko und Sawjalow, der Privatdozent L. Tarassewitsch und die praktischen Aerzte Diatroptow, J. Wassiljewski, K. Puriz, J. Bardach, E. Wellstein, J. Ssabanejew, N. Michin, N. Lyshenkow, A. Deschin, A. Zinoffski, A. Tschanschanski, W. Zwirko, S. Schtschastny und E. Freifeld.

— Der langjährige Professor der Wiener Universität Hofrat Dr. R. Chrobak, Direktor der II. geburtshülflich-gynäkologischen Klinik, tritt mit dem Schluss dieses Sommersemesters in den Ruhestand. Zu seinem Nachfolger ist einstimmig der Direktor der Heidelberger geburtshülflichen Klinik Prof. Dr. Alphons v. Rosthorn, der ein geborener Oesterreicher ist, in Vorschlag gebracht worden.

— Als Nachfolger des nach Breslau berufenen Direktors der chirurgischen Klinik in Marburg, Professors Küttner, wurden von der Marburger med. Fakultät an erster Stelle Prof. Dr. Wullstein in Halle und Prof. Dr. Klapp in Berlin, an zweiter Stelle der Oberarzt der chirurgischen Abteilung des Stadtkrankenhauses in Altona Prof. Dr. König und der Privatdozent der Königsberger Universität Dr. Ehrhardt vorgeschlagen.

— Zum spanischen Unterrichtsminister ist ein Arzt, Dr. Cabanas, ernannt worden.

Nekrologe.

— Verstorben sind: 1) In Nowgorod der dortige Gouvernements-Medizinalinspektor, Staatsrat Dr. Paul Poletajew, im 55. Lebensjahre. Der Verstorbene, welcher seit 1877 die ärztliche Praxis ausübte, beschäftigte sich auch speziell mit der Ophthalmologie. 2) Am 5. Mai in Kiew der Kreisarzt von Mosyr (Gouv. Minsk) Dr. Johann Ssawatejew im Alter von 52 Jahren. Nach Absolvierung seiner Studien an der Charkower Universität im Jahre 1885 liess er sich als Arzt in Mosyr nieder, wo er mehr als 20 Jahre den Kreisarztposten bekleidete. 3) In St. Petersburg der freipraktizierende Arzt Dr. Peter Fridolin im 63. Lebensjahre nach mehr als 40-jähriger ärztlicher Tätigkeit. 4) In Moskau der frühere Brigadearzt der 56. Infanterie-Reservebrigade, Staatsrat Dr. W. St. Krassowki, im 57. Lebensjahre. Fast 35 Jahre hat der Hingeschiedene als Militärarzt gewirkt, davon längere Zeit als Oberarzt eines örtlichen Militärlazaretts im Syr-Darjagebiet. In der letzten Zeit lebte er verabschiedet als freipraktizierender Arzt in Moskau. 5) In Chicago Dr. W. Fuchs, Professor an der örtlichen Universität, der sich viel mit den Röntgenstrahlen beschäftigte, bis es ihm gelang, auch Weichteile, namentlich die Magenwände, durch Röntgenstrahlen zu photographieren. Er ist ein Opfer seiner Versuche geworden. Prof. Fuchs erkrankte zuerst i. J. 1905 an einer krebsartigen Krankheit dem sogenannten Röntgenstrahlenkrebs, an beiden Händen befallen. Einige Monate später musste ein Glied des Daumens der rechten Hand abgenommen werden und es folgten noch 5 weitere Operationen, ohne dass das Fortschreiten der Krankheit aufgehalten werden konnte. Schliesslich wurden die Finger beider Hände und die Muskelteile der rechten Brust operativ entfernt, doch das Leben konnte nicht gerettet werden. Prof. Fuchs, der in Berlin und Paris studiert hatte, errichtete das erste Laboratorium für Röntgenstrahlen in Amerika. Leider ist die Vollendung eines Werkes «Neue Verwendung der Röntgenstrahlen», an dem er arbeitete jetzt durch seinen Tod verhindert worden.

— In Berlin ist Georg Hirschmann, Chef der weltbekannten Firma W. A. Hirschmann, im Alter von 47 Jahren am Herzschlage gestorben. Die medizinische Technik verdankt dem so früh Verstorbenen mehr als eine Be-

reicherung und Vervollkommnung des ärztlichen Armamentariums: wir erinnern nur an das Casper'sche Urethroskop und dessen Ureterencystoskop, sowie an die trefflichen Röntgeneinrichtungen, die aus seiner Offizin hervorgegangen sind.

Vereins- und Kongressnachrichten.

— Die Russische chirurgische Pirogowgesellschaft hat in ihrer Jahresversammlung am 16. Mai in den Vorstand für das im Herbst beginnende neue Vereinsjahr gewählt: Prof. Dr. Turner — zum Präses, Prof. S. Fedorow — zum Vizepräses, Dr. P. Buchmann und den Privatdozenten Dr. N. Petrow — zu Sekretären, den Privatdozenten Dr. A. Woinitsch-Sjanoshenski — zum Bibliothekar und Dr. W. Senenko zum Kassierer.

— Zum XIV. internationalen Kongress für Hygiene und Demographie, der vom 10./23.—16./29. September d. J. im Reichstagsgebäude zu Berlin stattfindet, versendet das Organisationskomitee bereits das definitive Programm. Ausser der offiziellen Eröffnungssitzung am Montag, den 10./23. September, und der Schlusssitzung am Sonntag, dem 16./29. September findet eine Plenarsitzung am 13./26. Sept. statt, in welcher u. a. Professor Chantemesse (Paris) über «Die Serumbehandlung des Typhus» einen Vortrag halten wird. Für die speziellen Verhandlungen sind acht Sektionen gebildet worden und zwar für: 1. Hygienische Mikrobiologie und Parasitologie; Vorsitzender Flügge-Breslau. 2. Ernährungshygiene und hygienische Physiologie; Vorsitzender Rubner-Berlin. 3. Hygiene des Kindesalters und der Schule; Vors. Heubner-Berlin. 4. Berufshygiene und Fürsorge für die arbeitenden Klassen; Prof. Renk-Dresden. 5. Bekämpfung der ansteckenden Krankheiten und Fürsorge für Kranke; Vors. Gaffky-Berlin. 6. Wohnungshygiene, Hygiene der Ortschaften und der Gewässer, Vors. Gruber-München; Hygiene des Verkehrswesens, Vors. Schwechten-Berlin. 7. Militär-, Kolonial- und Schiffshygiene; Vors. Kern-Berlin. 8. Demographie; Vors. van der Borght-Berlin. Zur Besichtigung sind über hundert Anstalten ausgewählt worden.

Bf.

— Die Gesamtzahl der Kranken in den Zivilhospitälern St. Petersburgs betrug am 12. Mai d. J. 11835 (67 mehr als in der Vorwoche), darunter 635 Typhus — (4 wen.), 900 Syphilis — (22 mehr), 354 Scharlach — (6 wen.), 230 Diphtherie — (8 wen.), 170 Masern — (15 wen.), und 20 Pockenkranke — (8 mehr als in der Vorw.).

— Die Gesamtzahl der Sterbefälle in St. Petersburg betrug in der Woche vom 6. bis zum 12. Mai d. J. im ganzen 859 (493 M., 366 W.), darunter an folgenden Krankheiten:

Typhus exanth. 0, Typhus abdom. 29, Febris recurrens 2, Typhus ohne Bestimmung der Form 0, Pocken 2, Masern 55, Scharlach 18, Diphtherie 19, Croup 0, Keuchhusten 7, Kroupöse Lungenentzündung 41, Erysipelas 3, Grippe 9, Katarrhalische Lungenentzündung 80, Ruhr 0, Epidemische Meningitis 0, Akuter Gelenkrheumatismus 0, Parotitis epidemica 0, Rotzkrankheit 0, Anthrax 0, Hydrophobie 0, Puerperalfieber 2, Pyämie und Septicaemie 14, Tuberkulose der Lungen 104, Tuberkulose anderer Organe 26, Alkoholismus und Dilirium tremens 7, Lebensschwäche und Atrophia infantum 58, Marasmus senilis 20, Krankheiten des Verdauungskanals 97, Totgeborene 37.



Spezifikum
gegen
IMPOTENZ.

« Kräftigung des Erektionszentrums. »
Besserung nervöser Allgemeinerscheinungen.
Stärkung des Herzens.

Vorzügliches Nerventonikum.

LITERATUR:

Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Eulenburg, Berlin (Realencyklopädie der gesamten Heilkunde, S. 399): „Auch ich hatte in letzter Zeit bei Sexualneurasthenikern einige günstige Resultate zu verzeichnen, das Mittel erscheint überhaupt als **Nerventonikum** gelten zu durfen, allerdings auf die sexuelle Libido und die Erektion besonders verstärkend zu wirken".

Weitere ausführliche Mitteilungen von Prof. Kolomoizeff, Kasan, Prof. Nevinny, Innsbruck, Prof. Rebourgeon, Paris, Prof. Goll, Zürich, Prof. Maramaldi, Neapel. Popper und Ltg. von Geh. Med.-Rat Prof. Senator, Berlin, Hirsch, Kudowa, Steinsberg, Franzensbad, Waitz, Paris, Wright, Ibunt, Piliver, Odessa u. a. Wird empfohlen von Dr. K. Th. Weidemann, Dir. d. Krkhs. z. Heil. Olga, Prof. T. Pawlow, St. Petersburg u. a.

Castoreum-Bromid-Wegiert
(Sal bromat effervescens cum valerian. et castoreo)
Spezifikum gegen Kopf- und Nervenschmerzen, Schlaflosigkeit, Herz- und Magenerkrankungen auf nervöser Basis, Krämpfe und nervöse Zuckungen im Kindesalter, epileptische, epileptoide und hysterische Zustände.
Empfohlen von Prof. Dr. **Eulenburg**, Berlin.

KONTOR CHEMISCHER PRAEPARATE
St. Petersb., Newski Pr., № 28, Haus Singer № 6.

Muster und Literatur auf Wunsch gratis und franko zu Diensten.

Cascoferrin-Weigert.
Ein neues, die Darmtätigkeit anregendes Eisenpräparat gegen Blutarmut, Verdauungsstörungen, Schwächegefühl, körperliche Ermüdung, Trägheit im Darm, Appetitlosigkeit.

Catherol.

Ideales, auf streng wissenschaftlicher Grundlage hergestelltes, sicher wirkendes, allgemein verwendbares aseptisches Gleitmittel nach Vorschrift von Prof. Dr. **Leopold Casper**, Universitätsprofessor und Vorsteher der Klinik für Urologie. Für Katheter, Cystoskope, Bougies, Clystierspritzen etc. reizt die Harnröhre nicht, ist in Wasser löslich, macht infizierende Keime unschädlich, ist unbegrenzt wirksam und haltbar.

Kissingen Dr. C. Dapper's * Sanatorium *

„Neues Kurhaus" für Magen- und Darmkrankheiten, Fettsucht (Entfettungskuren unter Stoffwechsel-Kontrolle), **Diabetes, Gicht, Herz- und Nierenkrankeiten, Neurasthenie, Mastkuren, Elektro- und Hydrotherapie** in allen Formen. **April — Dezember.** Prospekte.

Dr. C. Dapper Kgl. Preuss. Professor Kgl. Bayr. Hofrat, (33) 14—5.

LANOLINUM PURISSIMUM «LIEBREICH»

Pharm. Ross.

in bekannter absoluter Reinheit und unübertroffener Qualität.

(103) 52—15.

Marke  **„Pfeilring".**

Vereinigte Chemische Werke Aktiengesellschaft

Charlottenburg.

Herausgeber Dr. Rudolf Wanach. Buchdruckerei v. A. Wienecke Katharinenhofer Pr. № 15.

XXXII. JAHRGANG. ST. PETERSBURGER Neue Folge XXIV. Jahrg.

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Redaktion von

Prof. Dr. Karl Dehio. Dorpat.
Dr. Johannes Krannhals. Riga.
Dr. Rudolf Wanach. St. Petersburg.

Die „St. Petersburger Medizinische Wochenschrift" erscheint jeden Sonnabend.—Der Abonnementspreis ist in Russland 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr inkl. Postzustellung; in den anderen Ländern 20 Mark jährlich, 10 Mark halbjährlich. Der Insertionspreis für die 3mal gespaltene Zeile in Petit ist 20 Kop. oder 45 Pfen.—Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt. —Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.

Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate bittet man ausschliesslich an die Buchhandlung von K. L. Ricker in St. Petersburg, Newsky-Prospekt № 14, zu richten. — Manuskripte sowie alle auf die Redaktion bezüglichen Mitteilungen bittet man an den geschäftsführenden Redakteur Dr. R. Wanach in St. Petersburg, Petersb. Seite, Alexandrowski Pr. 6 zu richten. Sprechst. Dienstag, Donnerstag und Sonnabend 5—6.

№ 23 St. Petersburg, den 9. (22.) Juni. 1907.

Zur Aetiologie der Tabes.

Von
J. Grasmück.
prakt. Arzt, Simferopol.

Diese eminent wichtige Frage wird bis auf die neueste Zeit diskutiert, ohne ihren Abschluss zu finden, und die Kluft zwischen den Verteidigern und Gegnern der Syphilistheorie der Tabes ist noch nicht ausgefüllt.

In seiner Arbeit „Syphilis und Tabes" (Berliner Klin. Wochenschr. 1904 I—V) giebt Prof. Zirle bestimmt und scharf der Summe seiner reichen Erfahrung in dieser Frage Ausdruck, dahin ausgehend, „dass die Tabes zweifellos eine syphilogene Erkrankung ist, aber es ist z. Z. auch nicht sicher nachgewiesen, wenn auch im hohen Grade wahrscheinlich, dass sie dies in allen Fällen ist".

Wenn man die Darlegungen aller namhafter Verteidiger und Gegner der Syphilistheorie vorurteilsfrei abwägt, so scheint einem die Annahme am meisten gerechtfertigt, dass die Tabes syphilogenen Ursprungs sein muss, oder, — wenn man vorsichtiger sein will, — die Tabes eine Erkrankung sein muss, der in den meisten Fällen ein Ulcus mit Begleiterscheinungen vorausgeht. Dieses Ulcus ist infektiöser Natur und ruft eine Durchseuchung des Organismus hervor, deren Folgen sich verderblich für das Nervensystem zeigen.

Vorsicht in der Annahme der „Tabessyphilis" ist jedenfalls am Platze, denn unsere Erkenntnis der Ursache der Tabes ist damit nur einen Schritt vorwärts gekommen, die Erklärung der Wirkungsart des Giftes, der elektiven Form der Wirkungsweise etc. ist damit noch nicht gegeben.

Stellt ja die manifeste Tabes in den meisten Fällen keinen syphilitischen Prozess im pathologisch-anatomischen Sinne dar. Zwar sind bisweilen auch anatomische Zeichen der manifesten Syphilis beobachtet worden (Donckler, Sachs u. and.), aber dieselben sind nur Nebenbefunde, und ihre spezifische Qualität wird sogar bestritten. (Boettiger).

Man behilft sich mit der Annahme eines unbekannten Giftes der Syphilis, durch letztere erzeugt (Toxine), welche deletär auf die bei Tabes betroffenen Teile des Nervensystems wirken (Stintzing, Tabes. Handbuch der Therapie).

Auch die vorwiegend statistischen Beweise füllen die Lücke in unserer Erkenntnis nicht aus. Die anamnestischen Angaben in einem Tabesfalle sind oft mit gewisser Vorsicht zu verwerten, so weit sie als syphilitisch anerkannt werden. Hin und wieder genügt schon die Angabe, dass ein Tabetiker ein Ulcus gehabt, oder eine verdächtige ulceröse Urethritis, um dieses Faktum für eine vorausgegangene Syphilis zu verwerten, ebenso Aborte, Sterilität u. s. w. Bei anderen Fällen fehlt eine genauere Anamnese über die Art und Verlauf des Ulcus, eine kritische Verwertung von Ulcera, die gar nicht oder ungenügend behandelt wurden, keine Sekundärerscheinungen machten, noch weniger tertiäre.

Für solche Fälle wurde eine leichte Lues angenommen, die gerade zur Tabes, vielleicht eher, als die schwere Syphilis, führen soll. Die anamnestischen Angaben leiden oft genug an einer Dosis Subjektivität, und Unvollständigkeit, wodurch die Annahme eines syphilitischen Tabesvirus eine gewisse Einbusse erleidet.

Das bei Tabes in den meisten Fällen nachgewiesene Ulcus resp. Exanthem verläuft mit meist geringeren Begleiterscheinungen, geringerer Hartnäckigkeit und Intensität als bei Syphilis. Die event. Begleiterscheinungen können nur angedeutet sein, das Ulcus resp. Exanthem von selbst ausheilen, und gehen später selten oder nie mit Tertiärerscheinungen einher. Bei typischer Lues liegen die Verhältnisse anders. Andererseits kommen bei manifester Tabes selten Syphilisrezidive vor, trotz der häufig ungenügenden vorhergegangenen spezif. Behandlung. Dazu kommen noch Fälle von conjugaler, familiärer und juveniler Tabes, Fälle, in denen mehrere Personen von einer mit Tabes infiziert wurden (Erb) resp. Tabes einer Person auf andere durch Infektion übertragen wurde (s. auch die Publikat. von Nonne, Vorträge im ärztlichen Verein Hamburg 18. Okt. 1904).

Auffallend ist auch der Unterschied in der Prognose der syphilitischen und tabetischen Affektion des Zentralnervensystems. Eine Gehirn- und Rückenmarkssyphilis kann durch Quecksilber oder Jodkalium beeinflusst oder geheilt werden, desto weniger eine tabetische Affektion des Rückenmarks oder Gehirns. Jeder praktische Arzt muss sich leider oft genug von der negativen oder schädlichen Wirkung von Quecksilber und Jod bei seinen Tabeskranken überzeugen. Die hin und wieder beobachteten Besserungen nach vorsichtiger Quecksilberkur, die Erb z. B. für sicher luetische Tabetiker vorgeschlagen ermuntern den Arzt nur im geringen Grade.

Schwer zu erklären mit der „Tabessyphilis" ist die wie nach einem Schema wiederkehrende elektive Form der Giftwirkung des Tabesgiftes.

Zur Erklärung wurden andere Momente, wie Disposition, Erkältungen, Traumen, Ausschweifungen, Uebermüdung etc. hinzugezogen. Wie wären aber die Fälle von Erkrankung an Tabes von Personen zu erklären, die nachweisbar nicht disponiert waren, wie Kinder, Frauen? Umgekehrt lehrt die Erfahrung des Arztes auf dem flachen Lande in Russland z. B. wo ganze Dörfer, Kreise mit Syphilis infiziert sind, — dabei meist schwerer Syphilis, — dass Tabesfälle überaus selten zu sehen sind, obgleich die Bedingungen Tabes hervorzurufen hier die günstigsten wären: chronischer Hunger, Erkältungen, Trunksucht, „überhaupt oft die traurigsten Lebensverhältnisse".

Gegen die Annahme des spezif. syphilitischen Ulcus bei Tabes würde auch das Fehlen von klaren, für Lues charakteristischen Sektionsbefunden bei Tabesleichen sprechen. „Bei einer freilich nicht allzugrossen Zahl von Tabesfällen sind auch in anderen Organen syphilitische Veränderungen aller Residuen solcher nachweisbar". (Ebstein und Schwalbe Handbuch).

Die angeführten Erwägungen zwingen uns dem „tabetischen" Ulcus ätiologisch näher zu treten. Es wäre von Seiten der Kliniker, des praktischen Arztes und namentlich der Hausärzte genauer zu berücksichtigen der spätere Verlauf der Erkrankung an jedem verdächtigen, — namentlich venerischen — Ulcus, eine genauere Beschreibung der „Sekundärerscheinungen" aus der Anamnese eines Tabetikers, ganz ebenso wären bei Familien- und Kindertabes die vermeintlichen luetischen Erscheinungen kritisch zu analysieren und zu beschreiben. Die Schaudinn'sche Entdeckung, die gegenwärtig eine Fülle von Material für Syphilisätiologie hervorruft, würde eine sichere Handhabe zur Differenzierung resp. Identifizierung des Syphilis- und Tabesulcus abgeben.

Diese kurzen Ausführungen möchten nur veranlassen — diese Ulcera näher zu prüfen, denn es drängt sich die Vermutung auf, dass die Tabes von einem venerischen, nicht syphilitischen, sondern von einem in den Erscheinungen verwandten Ulcus sui generis hervorgerufen wird, wobei das Bild der Tabes ein Stadium ist, das nach diesem Ulcus folgt. Durch Untersuchungen der Tabesfälle auf Spirochaete pallida wäre fürs erste der Weg gegeben, dieser Frage näherzutreten.

Einen Fingerzeig für genauere Differenzierung der venerischen Erkrankungen giebt uns die Entwicklung der Lehre von den Geschlechtskrankheiten. 2 Jahrhunderte herrschte die Identitätslehre von Tripper und Syphilis vor. Erst durch die Forschungen Balfour's, Pode's und namentlich Ricords wurde den modernen Anschauungen Platz gemacht, und danach erst wurde von Ricords Schülern die Unterscheidung von hartem Schanker und weichem Schanker gelehrt, schliesslich die Existenz von Chancre mixte durch Rollet nachgewiesen. (Lesser, Lehrbuch der Geschlechtskr.).

Der feste Grund zur Beurteilung und Differenzierung der venerischen Ulcera liegt in letzter Instanz erst in dem Nachweis des spezifischen Erregers der Syphilis und damit auch zur Beurteilung des spezifischen Erregers der Tabes und der verwandten progressiven Paralyse.

Simferopol, den 13. April 1907.

Bücheranzeigen und Besprechungen.

H. Determann: Physikalische Therapie der Erkrankungen des Zentralnervensystems inklusive der allgemeinen Neurosen. Stuttgart. Verlag von F. Enke. 1906. 126 Seiten. Preis 3 Mark.

18. Heft der „Physikalischen Therapie in Einzeldarstellungen". Herausgegeben von J. Marcuse und A. Strasser.

Die Wirkung der physikalischen Heilmittel beruht fast ausschliesslich auf der Anwendung von Reizen auf die Körperperipherie, auf die Sinnesorgane und auf die Muskulatur, von wo aus sie reflektorisch weiter wirken. Es kommt oft viel weniger auf den Namen des gewählten Mittels als auf die Art der Ausführung, auf die Abstufungen und die begleitenden Umstände an. Aus diesen Gründen muss der Arzt nicht nur im Allgemeinen über die physiologischen Wirkungen der physikalischen Heilmittel, sondern auch für den speziellen Krankheitsfall über die Auswahl des richtigen Mittels orientiert sein. Die systematische Kenntniss der physikalischen Heilmittel voraussetzend gibt der Verf. für die einzelnen Rückenmarks- und Gehirnkrankheiten sowie die allgemeinen Neurosen spezielle Hinweise für die Anwendung dieser Heilmittel. Die grosse Erfahrung, über welche er als langjähriger Leiter des bekannten Sanatoriums St. Blasien verfügt, ist eine Gewähr für die Erprobtheit seiner Ratschläge.

Michelson.

Protokolle
des deutschen ärztl. Vereins zu St. Petersburg.

1354. Sitzung am 12. März 1907.

I. Petersen demonstriert vor der Tagesordnung einen Fall von Tuberculosis verrucosa cutis, lokalisiert an beiden Füssen, weshalb das Gehen schmerzhaft ist, während bei anderer Lokalisation die Affektion schmerzlos ist. Der Fall ist interessant wegen der Seltenheit des Leidens und wegen der Differentialdiagnose gegen Lichen ruber verrucosus. Therapeutisch kommen Serumbehandlung und Salicylpasten in Betracht.

II. Dr. **Masing**: Auskultation der Flüsterstimme. Wird erscheinen in den «Beiträgen zur Klinik der Tuberkulose».

Der Autor weist nach, dass die Bronchophonie der Flüsterstimme ein selbständiges Symptom ist, keine notwendige Begleiterscheinung irgend eines andern physikal. Symptom. Ferner ist sie ein Frühsymptom, oft das allererste, und endlich ist sie ein Finalsymptom vor der definitiven Heilung, und gerade oft auch das allerletzte Krankheitszeichen — daher ihr Wert.

(Autoreferat).

Diskussion:

Westphalen schliesst sich durchaus dem Vortragenden an bis auf einen Punkt, dass die Untersuchungsmethode nicht geübt werde. Im deutschen Alexanderhospital sei sie von E. Moritz immer angewandt worden und werde es auch von seinen Aerzten und Schülern. Er weist noch besonders darauf hin, dass das Hauchen, das «ch» des Exspirium bei dieser Methode viel leichter, deutlicher und schöner zur Geltung kommt.

Kernig: Auch im Obuchowhospital werde die Methode angewandt, nur nicht zu dem Zweck, wie Masing es wünscht. Schon Baccelli habe die Flüsterstimme zur Unterscheidung seröser Exsudate, über welchen sie zu hören ist, von eitrigen oder blutigen, welche sie nicht leiten, empfohlen. Doch habe sich diese Methode nicht bewährt.

Ueber das Zustandekommen der Flüsterstimme finden sich keine Angaben in der Litteratur.

Masing: Die Entstehungsbedingungen für die Flüsterstimme sind wohl dieselben wie für die laute Stimme, während aber letztere ein Chaos von Tönen an der Brustwand für die Auskultation ergiebt, ist die Flüsterstimme als eine verfeinerte Methode zu betrachten.

III. Kernig referiert die Krankengeschichte eines Falles von Lyssa.

Am 1. Februar 1907 wurde ins weibliche Obuchowhospital eine Patientin aufgenommen, welche Kernig nach einigen Stunden in folgendem status vorfand: Pat. stand auf allen vier Extremitäten, befand sich gleich darauf in wilder Jaktation, würgte, erbrach, spie um sich, war völlig kollabiert, der Puls nicht fühlbar, Cyanose und kalter Schweiss, verfallenes Gesicht, Temperatur 39,3. Eine genaue Untersuchung war trotz des Gehaltenwerdens durch 4 Personen nicht möglich, bei der Auskultation des Herzens Töne kaum hörbar. Das Bewusstsein jedoch erhalten. Dieser Befund namentlich das fortwährende Umsichspeien, liess schon vor Erhebung der Anamnese den Referenten das Krankheitsbild als das der Lyssa auffassen. Auf Befragen in dieser Hinsicht erzählte die Patientin Folgendes. Sie sei seit 2 Tagen krank, habe nach dem Trinken irgend einer Flüssigkeit Erbrechen und Würgen bekommen. Im Sommer 1906 am 20. Juli sei sie und ihre Herrin von einem tollen Hunde in Pargala gebissen worden; von dem Bisse stamme die Narbe am Ellenbogen. Sie sei sofort ins Institut für Experimentalmedizin gebracht und dort der Schutzimpfung unterworfen worden; im Ganzen sei sie 24 mal geimpft worden. Diese Angaben der Patientin wurden alsbald telephonisch seitens des Instituts für Experimentalmedizin bestätigt. — Nach anderthalb Stunden trat der Tod ein. — Am Morgen bei der Aufnahme hatte der Dejourarzt Verdacht auf eine Vergiftung gehabt und eine Magenausspülung gemacht, war dabei mit einem nicht ganz intakten Finger in den Mund der Pat. eingegangen. Er sowohl wie die Wärterin, welche von der Pat. bespien worden waren, wurden im Institut für Experimentalmedizin sofort einer Impfkur unterzogen. Zwei Pflegeschwestern, welche ebenfalls um die Patientin beschäftigt gewesen waren, verzichteten auf die Impfkur.

Die Sektion ergab sehr starke Hyperämie der Pia mater des Gehirns und Rückenmarks, parenchymatöse Degeneration des Herzfleisches. Sonstiger Befund negativ, insbesondere war die Magenschleimhaut intakt, ebenso die Darmschleimhaut, nirgends Ecchymosen. — Das Gehirn und Rückenmark wurde in toto ins Institut für Experimentalmedizin geschickt. Nach 10 Tagen erhielt Ref. privatim die erste Nachricht, dass Negrische Körperchen nicht gefunden worden seien. Es schien also die Diagnose auf Hydrophobie sich nicht bestätigen zu wollen; doch standen noch weitere Untersuchungen aus. Am 5. März c. kam die offizielle Mitteilung aus dem Institut, dass keine ausgesprochenen charakteristischen Veränderungen bei der mikroskopischen Untersuchung des Zentralnervensystems der Pat. gefunden worden seien, dass die Kontrolltiere dagegen an Hydrophobie gestorben und bei deren Sektion Negri-Körper gefunden worden seien.

Die praktischen Ergebnisse dieses Falles sind folgende:

1) Die gerichtlich wichtige Frage, ob nicht Vergiftung vorgelegen habe. 2) Die lange Inkubation vom 20. Juli bis zum 30. Januar, also ein halbes Jahr und 10 Tage. Nikolajew gebe eine Inkubationsdauer von 20—60 Tagen und bis zu 1 Jahr an, führt nach Chantemesse sogar eine von 26 Monaten an. 3) Der im Institut selbst konstatierte und dort behandelte Fall erkrankt doch an Hydrophobie. Solche Fälle hat es immer gegeben. Nikolajew gibt ein Mortalitätsprozent von 0,8, das Pasteurinstitut von 0,5 an. 4) Das Verhalten der Negrischen Körperchen. Sie liegen in den Nervenzellen, kommen aber auch extrazellulär vor, haben die verschiedenste Grösse von 1—2 bis zu 15—20 Mikron. und die verschiedenste Gestalt. Es herrscht noch Streit über ihr Wesen, gefunden werden sie fast ausnahmslos bei natürlicher nie experimenteller Lyssa, und sind als Parasyten der Lyssa aufzufassen. Kernig hebt noch ein Mal hervor, dass für ihn das charakteristische des Symptomenbildes dieses Falles von Lyssa in seinen letzten Lebensstunden in dem gleichzeitigen Vorhandensein folgender drei Symptomengruppen gelegen hat. Es waren gleichzeitig vorhanden Zeichen des äussersten Collapsus, Zeichen der grössten Unruhe mit noch grosser Kraftentfaltung, und drittens das fortwährende Umsichspeien. — Aus einem vorgehaltenen Glase Wasser nahm Pat. mit Mühe einige Schluck. Die Narbe am rechten Ellenbogen war etwa 1,5 cm. lang und so weit ihm erinnerlich von rötlicher Farbe.

Diskussion:

Wladimirow: Die Negri-Körperchen repräsentieren sich sehr verschieden je nach Lage und Färbemethode. Ihre parasitäre Natur wird kaum mehr bestritten. Die lange Inkubation in diesem Falle ist interessant. Es fragt sich ob die Impfung eine verfehlte gewesen. Es kann sehr wohl eine neue Infektion vorliegen. Der Schutz durch die Impfung ist nicht sehr langdauernd, weniger als ein halbes Jahr. Bei solchen Leuten wie die Pat. ist die Anamnese unzuverlässig. Die lange Inkubation muss immer auffordern, genauer nach einer neuen Infektion nachzuforschen, ehe man von einem Fehlerfolge sprechen darf. — Eine weitere Frage ist, wie weit die Schutzimpfung getrieben und als wie schwer der Fall betrachtet worden. Fehlimpfungen kommen vor bei Kopfbissen, multiplen Verwundungen, beim Verstreichen langer Zeit bis zur ersten Hilfeleistung.

Blessig: Wie lange wird im Institut die Impfwirkung verfolgt, existiert eine Kontrolle, wie steht es mit den Dauererfolgen?

Serck: Ist Uebertragung des Wutgiftes von Mensch zu Mensch überhaupt möglich und sie konstatiert worden?

Wladimirow: Dauernde Nachrichten über die Impferfolge erhält man fast nur von intelligenten Patienten. Auch an die Bauergemeinden ergehen offizielle Anfragen, doch häufig resultatlos. Es werden über die späteren Schicksale der Pat. besondere Listen geführt, in denen sie nach Kategorien eingeordnet sind, je nach Art und Ort der Bisswunde. Das Mortalitätsprozent der Geimpften ist jedenfalls minimal. — Ueber die Uebertragung von Mensch zu Mensch kann er eben nichts Genaueres sagen, verspricht aber für die nächste Sitzung genauere Mitteilungen über diese Frage überhaupt.

Kernig: Nach Nikolajew enthält der Speichel des wutkranken Menschen konstant das Gift.

Wladimirow: Nach Nocard ist der Speichel wutkranker Wiederkäuer nicht infektiös.

Dobbert: In dem Peter-Paulshospital habe ich einen Fall gesehen, wo trotz Schutzimpfungen, aber wohl nicht genügender, nach fast einem Jahre die Tollwut eintrat und den Tod herbeiführte. — Ferner ist es auffallend, dass die Kernig'sche Pat. noch kurz vor dem Tode Wasser trinken konnte, während doch im komatösen Stadium infolge von Schluckkrampf und -Lähmung Speichel und jegliche gereichte Flüssigkeit zurückfliesst aus dem Munde.

Wladimirow: Das Bild der Hydrophobie ist äusserst vielgestaltig, nur gewisse Kardinalsymptome kehren häufig wieder.

Petersen erinnert sich eines ähnlichen Falles wie Dobbert.

Wladimirow: (Nachtrag vom 12. März 1907).

In dem von Dr. Kernig mitgeteilten Lyssafalle handelte es sich, wie ich mich inzwischen überzeugt habe, nicht um Neuinfektion. Das Gerücht einer solchen war von einem Kollegen absichtlich in die Welt gesetzt worden und zwar zur Beruhigung einer anderen Person, welche gleichzeitig und von demselben Hunde gebissen worden war, wie die verstorbene. Was die ungewöhnlich lange Inkubationsperiode anbetrifft, so hat Dr. W. Krajuschkin, wie er mir mitzuteilen die Freundlichkeit hatte, während seiner mehr als 20-jäh-

rigen Tätigkeit an der hiesigen Tollwutabteilung nicht mehr als 2—3 Fälle beobachtet, in denen die Lyssa so spät nach der Schutzimpfung zum Ausbruch kam — in einem dieser Fälle freilich sogar nach 20 Monaten.

Direktor: Dr. W. Kernig.
Sekretär: E. Michelson.

Zuschrift an die Redaktion.

Dorpat, den 27. Mai 1907.

Hochgeehrter Herr Redakteur!

In der Nr. 19 der St. Petersburger Med. Wochenschrift hatten Sie die Güte gehabt unter der Rubrik «Personalia» bekannt zu geben, dass «die Italienische Akademie für Physik und Chemie zu Palermo mich zum Ehrenmitgliede ernannt habe unter Verleihung der Medaille erster Klasse für wissenschaftliche und humanitäre Verdienste».

Gegenwärtig bin ich zu der Ueberzeugung gelangt, dass es sich bei dieser vermeintlichen akademischen Ehrung um einen aussergewöhnlich raffinierten schwindelhaften Betrug handelt. Es erwächst mir hieraus die Pflicht, mich selbst jenes Ehrenschmuckes zu entkleiden und den Sachverhalt öffentlich in das richtige Licht zu stellen. Sie, hochgeehrter Herr Redakteur, ersuche ich aber um die Liebenswürdigkeit, der nachfolgenden Zurechtstellung in Ihrem geschätzten Blatte Raum zu gewähren.

In der Tat ist mir aus Palermo und zwar direkt aus dem Bureau der «Presidenza dell'Accademia Fisico-Chimica Italiana — sede centrale in Palermo — via Cavour, 89 — Palazzo Alaimo» in ganz offizieller Form mittelst Schreiben vom 23. April 1907 die Eröffnung zugegangen, dass auf der letzten Sitzung der Magistratur der Akademie in Grundlage des Artikels 16 und 18 des Statutes mir jene Würden zuerkannt worden seien. Das gedruckte Original-Blanquet, welches diese Kundgebung enthält, ist mit dem Original-Siegel und mit den Unterschriften des gegenwärtigen Vice-Präsidenten der Akademie Prof. G. Marletta und deren I. Sekretairen Prof. G. Bandiera versehen, — gleichzeitig sind diesem Dokument als Druckbeilagen das Statut, sowie das Reglement der Akademie beigefügt. An der Identität des das Dokument beglaubigenden, akademischen Siegels lässt sich bei sorgfältigem Vergleich mit dem gleichfalls im Statut zum Abdruck gelangten Siegel garnicht zweifeln, unter allen Umständen darf aber angenommen werden, dass die Unterschriften der tatsächlich gegenwärtig fungierenden Repraesentanten der Magistratur, des Vice-Präsidenten Prof. G. Marletta und des I. Sekretairen Prof. G. Bandiera einfach — gefälscht worden sind.

Trotz der Kompliziertheit des Betruges ist der Zweck dieser Mystifikation sehr durchsichtig. Die Magistratur ist nämlich laut titre 22 des Reglements berechtigt, beim Accept der verliehenen Medaille eine, je nach der Höhe der Klasse dieser letzteren sich abstufende Spese zu erheben. Der Dokumentenfälscher begnügt sich daher natürlich nicht mit der Verleihung der Ehrenmitgliedschaft der Akademie, sondern fügt dieser Auszeichnung noch eine Medaille und zwar erster Klasse hinzu, da diese ihm für seine Mühwaltung die höchste Spese — in russischem Gelde 25 Rubel einträgt.

Wie ich einer, mir leider anonym zugegangenen warnenden Zuschrift entnehme, soll in der Abend Nr. 252 des Berliner Tageblattes, die ich hier in Dorpat trotz vielfacher Bemühungen nicht mehr habe zu Gesichte bekommen können, gleichfalls auf diesen neuesten Schwindel hingewiesen worden sein. Es liegt ja nahe, dass die gleiche «Ehrung» an die Autoren auch anderer Herren Länder herangetreten ist.

Empfangen Sie, hochgeehrter Herr Redakteur, zugleich mit der Bitte der Aufnahme dieser Zuschrift den Ausdruck

meiner vorzüglichen Hochachtung
Dr. med. H. Truhart.

Am 25. Juni (8. Juli) d. J. ist ein halbes Jahrhundert der wissenschaftlichen und ärztlichen Tätigkeit des Geheimrat's Exc. Dr. med. Karl Rauchfuss vollendet. Der Verein der Kinderärzte zu St. Petersburg hat beschlossen dieses Jubiläum seines einstigen langjährigen Präsidenten und jetzigen Ehrenmitgliedes in einer Festsitzung feierlich zu begehen und fordert zur regen Teilnahme auf. Wegen der unbequemen Zeit im Sommer ist die Jubiläumfeier auf den 28. Oktober 10. November endgültig festgesetzt worden. Diejenigen Aerzte und Vereine, die sich an der Feier zu beteiligen gedenken, werden ersucht dem Präses des Vereins Prof. Dr. A. Russow — Direktor des klinischen Elisabethspitals (St. Petersburg, Fontanka 152) Mitteilung zu machen.

Vorsitzender: Prof. A. Russow.
Sekretair: Dr. G. Konuchess.

Tagesnachrichten.

Personalia.

— Das 25-jährige Jubiläum seiner ärztlichen Tätigkeit beging am 19. Mai der Oberarzt des Odessaer Stadthospitals Dr. Johann Sabanejew. Der Jubilar wirkt seit 20 Jahren als Arzt an diesem Hospital, die letzten 10 Jahre als Oberarzt.

— Der Oberarzt des Ujasdow-Militärhospitals, wirkl. Staatsrat Dr. Heintze ist auf eigenes Ersuchen mit Uniform und Pension verabschiedet worden.

— Der jüngere Arzt des Wjatkaschen Infanterieregiments Dr. Gurewicz ist zum klinischen Professor am Ujasdow-Militärhospital in Warschau ernannt worden.

— Zum Präsidenten des Komitees des Evangelischen Feldlazaretts ist der Gehülfe des Oberkommandierenden der Truppen der Garde und des St. Petersburger. Militärbezirks General der Infanterie M. v. Brüggeney gen. von Hasenkampf einstimmig gewählt worden.

— Der Direktor der Entbindungsanstalt der Universität Marburg, Prof. ord. der Geburtshülfe und Gynäkologie Dr. Friedrich Ahlfeld ist auf sein Ersuchen zum Schluss dieses Sommersemesters von seinen amtlichen Verpflichtungen entbunden worden. Prof. Ahlfeld steht gegenwärtig im 64. Lebensjahre.

— Der bekannte Laryngologe Prof. Dr. Gustav Killian in Freiburg i. Br. ist von der «American laryngological, rhinological und otological Society» zum Ehrenmitglied gewählt worden.

— Die ausserordentlichen Professoren der Charkower Universität Dr. D. Kurajew (med. Chemie) und Dr. P. Barabaschew (Augenheilkunde) sind zu ordentlichen Professoren befördert worden.

Nekrologe:

— Verstorben sind: 1) Am 3. Juni in Kronstadt der frühere Gehülfe des Medizinalinspektors des Hafens und Stadtarzt Dr. Nikolai Bogoljubow im 63. Lebensjahre. Der Hingeschiedene hat seit 1873 die ärztliche Praxis ausgeübt. 2) In St. Petersburg der jüngere Arzt des 184. Infanterie-Reserveregiments Dr. Michael Kurnatowski im Alter von 37 Jahren. Der Verstorbene, welcher vor 10 Jahren die Venia practicandi erlangt hatte, war in der letzten Zeit der Obermilitär-Medizinalverwaltung zukommandiert. 3) Im Dorfe Otwozk (bei Warschau) der Warschauer freipraktizierende Arzt Karl Ettinger im 35. Lebensjahre nach 10-jähriger ärztlicher Tätigkeit. 4) In Wilna der Ordinator des St. Jakobhospitals Dr. Ignaz Strzeminski im 50. Lebensjahre. Er war in Wilna seit nahezu 25 Jahren als Augenarzt tätig. 5) In Nancy Dr. F. Herrgott ehemaliger Professor der Geburtshülfe an der dortigen medizinischen Fakultät. 6) Am 20. Mai in Paris der Professor der Pathologie am Collège de France Dr. Charrin im Alter von 51 Jahren. 7) In London Dr. Allan Macfadyen, Leiter der bakteriologischen Abteilung am Listerinstitut, im 46. Lebensjahre an einer Infektion, die er sich bei seinen Arbeiten über das Maltafieber zugezogen hatte. Der Verstorbene beteiligte sich stets an den internationalen Tuberkulosekongressen.

Von Universitäten und med. Instituten.

— Von der militär-med. Akademie. Die Kommission zur Prüfung der unter den Studenten der Akademie stattgehabten Unordnungen hat in ihrem Bericht an die Konferenz sich für eine Milderung des Schicksals aller ausgeschlossenen Studenten ausgesprochen. Infolgedessen hat die Mehrzahl der Konferenzmitglieder der Akademie für die Wie-

deraufnahme aller Studenten plaidiert, nachdem eine gewisse Zahl derselben einer bestimmten Strafe, wie Arrest, Verweise u. s. w. unterzogen worden. Der Chef der Akademie Prof. Danilewski war jedoch der Ansicht, dass nur diejenigen relegierten Studenten wieder aufzunehmen sind, die nur zufällig am Inzident beteiligt waren; die anderen seien unbedingt auszuschliessen — als schädliche Elemente für das akademische Leben. Dieses Gutachten der Konferenz ist mit dem Kommissionsbericht nun vom Chef der Akademie dem Kriegsminister zur Entscheidung vorgestellt worden. Wie verlautet, hat der Kriegsminister seine Einwilligung zur Wiederaufnahme einiger der relegierten Studenten erteilt, jedoch diejenige Kategorie ausgeschlossen, welche an den in der militär-medizinischen Akademie verübten Exzessen direkt beteiligt gewesen und für schuldig befunden worden ist.

Vereins- und Kongressnachrichten.

— Der III. Internationale Kongress für Irrenpflege findet unter dem Präsidium des Herrn Hofrates Professors Dr. Obersteiner vom 7. bis 11. Oktober 1908 in Wien statt.

Beitrittserklärungen zu demselben, sowie Anmeldungen von Vorträgen wollen bis spätestens 1. Juli 1908 an den General-Sekretär Dozent Dr. Alexander Pilcz in Wien, IX., Lazarettgasse 14, eingeschickt werden, welcher auch nähere Auskünfte zu erteilen bereit ist.

Das genauere Programm wird seinerzeit verlautbart werden.

Standesangelegenheiten.

— Eine Trauerfeier für Prof. Ernst v. Bergmann wird am 16./29. Juni im Kaiserin-Friedrichhause in Berlin stattfinden. Die Aerzteschaft will hier derjenigen unvergänglichen Verdienste noch einmal gedenken, die sich Bergmann als Arzt und Standesgenosse um seine Kollegen erworben hat. Zu den von den Vereinigungen für das ärztliche Fortbildungswesen, für das Rettungswesen und von der Aerztekammer Berlin-Brandenburg veranstaltete Feier werden Einladungen an alle wissenschaftlichen Gesellschaften und sonstigen Vereinigungen ergehen, denen der Dahingeschiedene nahegestanden hat.

— Zu den 55 sozialdemokratischen Abgeordneten der II. Reichsduma, welche laut Gerichtsbeschlusses wegen Zugehörigkeit zu einer geheimen verbrecherischen Vereinigung, die eine gewaltsame Staatsumwälzung und die Errichtung einer demokratischen Republik auf sozialischer Grundlage zum Ziel hat, zur gerichtlichen Verantwortung gezogen werden, gehören auch zwei Aerzte: Dr. Winogradow, 38 J. alt, aus dem Akmolinskgebiet und Dr. Mandelberg, 36 J. alt, aus Irkutsk. Beide sind gleich nach Auflösung der Reichsduma arretiert worden.

— Wie der «Nordl. Ztg.» aus Riga telegraphiert wurde, sind dort in der Nacht auf den 4. Juni 36 Haussuchungen vorgenommen und 24 Personen verhaftet worden, darunter ausser 3 Rechtsanwälten, einem Zeitungsreporter, 2 Studenten und einer Frau, auch zwei Aerzte, sowie zwei Zahnärzte.

— Der Landschaftsarzt Dr. D. J. Dorf, welcher, wie wir seinerzeit berichteten, wegen politischer Umtriebe ins Wologdasche Gouvernement verbannt wurde, hat jetzt die Erlaubnis erhalten Russland zu verlassen und ins Ausland überzusiedeln.

— In Krassnoufimsk (Gouv. Perm) ist der dortige Landschaftsarzt Dr. M. J. Miserow, der dort 27 Jahre als Arzt gewirkt hat, wegen politischer Unzuverlässigkeit auf Verfügung des Gouverneurs aus dem Dienst entlassen worden. Dr. Miserow war schon früher von demselben Gouverneur für Teilnahme am lärmenden Komitat des Reichsdumadeputierten Skalosubow mit 100 Rubeln bestraft worden.

— In dem von der Gesellschaft zur Kinderfürsorge unterhaltenen Odessaer Kinderhospital sind nach einer Haussuchung 11 Personen verhaftet und die Aufnahme kranker Kinder ist zeitweilig sistiert worden.

— Vakanzen. Im Akmolinskschen Gebiet herrscht, den sibirischen Zeitungen zufolge, ein grosser Mangel an Aerzten. Gegenwärtig sind dort 7 Vakanzen vorhanden und zwar in den Städten Akmoly, Atbasser und Koktschetaw, sowie in 4 Kirchdörfern. Das Gehalt beträgt 1200 Rbl. (darunter 400 Rbl. Tischgelder), nach dem ersten und zweiten Quinquennium erhält der Arzt eine Zulage.

Verschiedene Mitteilungen.

— Pestfälle in Russland. Von der Allerhöchst eingesetzten Kommission zur Verhütung der Pest wird bekannt gemacht, dass am 24. und 25. Mai in einer an der Wolga gegenüber der Stadt Astrachan belegenen Ansiedelung drei Erkrankungen mit tödtlichem Ausgange vorgekommen sind, die durch die bakteriologische Untersuchung sich als Pestfälle erwiesen. Infolgedessen ist diese Ansiedelung für pestinfiziert und der Kreis Astrachan mit der Stadt für pestbedroht erklärt worden. Die erwähnten drei Fälle ereigneten sich in einer Böttcherei, in der ca. 70 Arbeiter beschäftigt sind. Der Rayon wurde abgesperrt und desinfiziert. Am 30. Mai ist ein Kosak vom Kordon unter pestähnlichen Symptomen erkrankt. Seit dieser Zeit ist keine Nachricht von dort hergelangt.

— Kinderkolonien. Am 25. Mai wurden mehr als 500 Kinder, die meist an Rhachitis, Knochentuberkulose, Rheumatismus, Blutarmut und anderen chronischen Krankheiten leiden, von der Gesellschaft zur Wahrung der Volksgesundheit aus Petersburg in die Badeorte Kemmern, Hapsal, Reval, Staraja Russa und Druskeniki zur Erholung abgefertigt. In diesen Tagen erfolgt noch die Abfertigung einer weiteren Serie kranker Kinder nach Arensburg und in die Krim. Die Gesellschaft verausgabt für diese Kinderkolonien alljährlich ca. 25,000 Rbl., von denen die Petersb. Stadtverwaltung 20.000 Rbl. bewilligt hat, während der Rest auf andere Weise beschafft werden muss.

— Schliessung eines Hospitals in Lodz. Infolge der fortgesetzten terroristischen Akte auf der Poznanskischen Manufaktur in Lodz, denen in der letzten Zeit zwei Direktoren der Fabrik zum Opfer gefallen sind, hat die Verwaltung, welche sich nach Berlin zurückgezogen hat, angeordnet, dass mit der Entlassung des Fabrikpersonals auch sämtliche Abteilungen des Poznanskischen Hospitals, ausser dem Ambulatorium und dem Gebärasyl, geschlossen werden. Dasselbe gilt auch von der Apotheke. Die Ausgaben seitens Poznanskis für das Hospital betrugen etwa 60,000 Rbl. jährlich.

— Wir machen auf das von der Fürstin M. W. Barjatinski auf den Namen Kaiser Alexanders III. in Jalta gegründete Sanatorium für unbemittelte tuberkulöse Kranke aufmerksam, das seit dem November 1906 der Gesellschaft Russischer Aerzte in St. Petersburg unterstellt ist. Die örtliche Verwaltungskommission steht unter dem Vorsitz W. N. Katschalows. Nähere Auskünfte erteilt der Leiter des Sanatoriums Dr. P. F. Fedorow in Jalta.

— Die Todesfälle durch Röntgenstrahlen mehren sich, namentlich in Amerika, wo man besonders leichtsinnig zu arbeiten gewohnt ist, und wo die Aerzte die Heilwirkung der Röntgenstrahlen besonders gern benutzen. Neuerdings ist in Chicago Prof. Dr. Fuchs, dessen Nekrolog wir in der vorigen Nummer brachten ein Opfer dieser Strahlen geworden. Als frühere Opfer der Röntgenstrahlen werden in Amerika noch genannt: ein Gehülfe von Edison, ein Bostoner Arzt, Dr. Louis Weigel in Rochester und Bertha Fleischmann in San Francisco. In Deutschland ist besonders die Röntgengesellschaft bemüht, durch geeignete Vorrichtungen die schädlichen Wirkungen der Röntgenstrahlen zu beseitigen. Bis zu einem gewissen Grade ist das bereits gelungen, doch arbeitet man noch eifrig weiter an einer Vervollkommnung der Schutzmassnahme, die eine weitere Anwendung der in der Medizin kaum noch entbehrlichen Röhre ermöglichen werden.

Bf.



Im Deutschen Alexander-Hospital wird Nachweis erteilt über zur Zeit dienstfreie Pfleger und Pflegerinnen für die private Krankenpflege (gegen Zahlung von 50 Kop.)

Herausgeber Dr. Rudolf Wanach. Buchdruckerei v. A. Wienecke Katharinenhofer Pr. № 15.

XXXII. JAHRGANG. ST. PETERSBURGER Neue Folge XXIV. Jahrg.

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Redaktion von

Prof. Dr. Karl Dehio. Dorpat.

Dr. Johannes Krannhals. Riga.

Dr. Rudolf Wanach. St. Petersburg.

Die „St. Petersburger Medizinische Wochenschrift" erscheint jeden Sonnabend. — Der Abonnementspreis ist in Russland 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr inkl. Postzustellung; in den anderen Ländern 20 Mark jährlich, 10 Mark halbjährlich. Der Insertionspreis für die 3mal gespaltene Zeile in Petit ist 20 Kop. oder 45 Pfen. — Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt. — Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.

Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate bittet man ausschliesslich an die Buchhandlung von K. L. Ricker in St. Petersburg, Newsky-Prospekt № 14, zu richten. — Manuskripte sowie alle auf die Redaktion bezüglichen Mitteilungen bittet man an den geschäftsführenden Redakteur Dr. R. Wanach in St. Petersburg, Petersb. Seite, Alexandrowski Pr. 6 zu richten. Sprechst. Dienstag, Donnerstag und Sonnabend 5—6.

№ 24 St. Petersburg, den 16. (29.) Juni. 1907.

Aus der Medizinischen Klinik und dem pharmakologischen Institut in Dorpat.

Drei Fälle von milchähnlichem Ascites.

Von

Ernst Masing.

Assist. der Mediz. Klinik.

(Teilweise nach einem auf dem XVII. Aerztetage der Gesellschaft livländischer Aerzte in Wolmar gehaltenen Vortrage).

Milchige Ergüsse in den Körperhöhlen haben schon die Aufmerksamkeit der alten Aerzte auf sich gelenkt (Willis und Manget im 17. Jahrhundert [1]). Aber erst seit den Arbeiten Quinckes und einiger noch späterer Beobachter wie Ceconi, Micheli und Mattirolo, Lion, Achard, Sainton, Schtscherbatschew u. a. [2]) besitzen wir eine brauchbare Einteilung dieser Ergüsse, die uns auch z. T. über ihre Natur aufgeklärt hat.

Und zwar unterscheidet man neuerdings zunächst nach dem Fettgehalt fettreiche und fettarme; nach der Genese ihres Fettgehalts zerfallen die fettreichen wiederum in 2 Gruppen, den hydrops chylosus und den hydrops adiposus.

Es giebt also im Ganzen 3 Formen:

1) Hydrops chylosus,
2) Hydrops adiposus (seu chyliformis), beide fettreich und
3) Hydrops pseudochylosus — fettarm.

[1]) Zitiert bei Ceconi «Ueber einen Fall von Ascites chylosus». Münch. med. Wochenschrift 1899 pg. 477.

[2]) Das vollständigste Verzeichnis der einschlägigen Litteratur findet sich bei Bernert: «Ueber milchige nicht fetthaltige Ergüsse». Arch. f. exp. Path. u. Pharm. Bd. 49 pg. 61 ff.

1) Hydrops chylosus — entsteht bei Ansammlung von Chylus in der Bauch- oder Brusthöhle. Die häufigsten Ursachen sind wohl traumatische Verletzung und ulceröse (Tuberkulose, Karzinom) Zerstörung der Chylusgefässe.

2) Der H. adiposus entsteht, wenn sich fettiger Detritus einem an und für sich nicht trüben Erguss zumischt, was z. B. bei chronischen Entzündungen, Tuberkulose oder Karzinom der serösen Häute vorkommen kann. Die Ursache der Milchigkeit sind in beiden Fällen suspendierte Fetttröpfchen.

3) Zur 3. Gruppe gehören die fettarmen, sogenannten pseudo-chylösen Transsudate, die nicht als Fettemulsionen angesehen werden dürfen, obgleich sie sich bei blosser Betrachtung von den chylösen und adipösen nicht zu unterscheiden brauchen, also auch milchähnlich sind. — In der Litteratur ist diese Erscheinung soviel ich weiss nur 33 Mal beschrieben worden [3]); Daher glaubte ich berechtigt zu sein über 3 einschlägige in der Dorpater Medizinischen Klinik beobachtete Fälle zu referieren, obgleich nur in einem von ihnen eine genauere chemische Untersuchung ausgeführt worden ist.

Die Krankengeschichten sind kurz folgende:

I. Ein 27-jähriger Schreiber tritt am 20. Juni 1906 in die Klinik ein.

Der Pat. ist früher gesund gewesen; 5 Jahre lang besteht mässiger Husten; Seit $1^1/_2$ Jahren ständige Heiserkeit. Am 10. Juni 1906 mit Fieber und Kopfschmerzen erkrankt. Vom 18. Juni an starker Durchfall angeblich mit Blut.

[3]) Eine vollständige Uebersicht der bis 1903 bekannt gewordenen Fälle giebt Bernert: «Ueber milchige, nicht fetthaltige Ergüsse». Arch. f. exp. Pathol. u. Pharmakol. Bd. 49 pg. 32 ff.



St. praes.

Der Pat. ist sehr blass; heruntergekommener Ernährungszustand. Keine Oedeme. Temp. schwankt zwischen 37,0 und 38,5.

Vollständige Aphonie; Dämpfung über der rechten Lungenspitze. Ueber beiden Lungen, namentl. rechts oben feinblasiges Rasseln. Geballter eitriger Auswurf, der reichlich Tuberkelbazillen enthält.

Abdomen aufgetrieben, druckempfindlich. Leber und Milz vergrössert. Täglich 5—8 flüssige Stühle, die anfangs etwas Blut enthalten.

Urin trübe enthält 18 ‰ Eiweiss. Im Sediment reichlich hyaline, einige granulierte Cylinder und zahlreiche fettig degenerierte Epithelien.

Diagnose: Tuberkulosis pulmonum, nephritis parenchymatosa.

Der Zustand verschlechterte sich rasch. Es stellten sich Hautödeme und Ascites ein.

Wegen zunehmender Beschwerden wurde am 3. Juli der Ascites punktiert. Die Punktion ergab 2200 ccm. einer weisslich-getrübten Flüssigkeit.

Am 9. Juli — exitus letalis.

Bei der Sektion fanden sich in der Bauchhöhle, in beiden Pleurahöhlen und im Perikardium reichliche Mengen weisslich-trüber hydropischer Flüssigkeit. Keine Peritonitis. Tuberkulöse Ulcerationen im Ileum und Colon ascendens.

Leber vergrössert mit reichl. Bindegewebe durchsetzt. Chronischer Milztumor; im übrigen Lungentuberkulose und beiderseitige adhaesive Pleuritis. Grosse weisse Nieren.

* * *

Die Punktionsflüssigkeit ist stark opaleszierend, aber lässt in 3—4 cm. dicker Schicht eine brennende Lampe noch scharf umrissen durchscheinen. Das spezif. Gewicht beträgt 1006—1007. Reichlicher Eiweissgehalt.

Zusatz von KOH und Ausschüttelung mit Aether bewirkt keine vollständige Klärung.

Zusatz von Essbach'schem Reagens und Kochen nach Ansäuerung fällt das Eiweiss, giebt aber ein noch trübes opaleszierendes Filtrat.

Starke Verdünnung mit Wasser bewirkt Ausfällen einer geringen Menge von Globulinen, klärt aber nicht vollständig.

Zusatz von Osmiumsäure hat allmähliche Bräunung, die später einen schwärzlichen Ton annimmt, zur Folge.

Nach Ausfällung des Eiweisses sind die gewöhnlichen Zuckerproben negativ.

Das sehr spärliche Sediment enthält keine mikroskopisch nachweisbaren Fetttröpfchen; es besteht aus Erythrocyten vereinzelten Leukozyten und runden, z. T. fettig degenerierten Epithelien mit grossem bläschenförmigen Kern.

Obgleich der Fettgehalt quantitativ nicht bestimmt worden ist, so lässt sich doch sagen, dass die Trübung nicht auf emulsioniertem Fett beruht, denn die Ausschüttelung der Flüssigkeit mit Aether bewirkte keine Klärung, und mikroskopische Fetttröpfchen waren nicht nachzuweisen. Es dürfte sich also um ein pseudochylöses Transsudat handeln, namentlich da auch die Sektion keinerlei Anhaltspunkte für eine Erkrankung der Chylusgefässe oder des Peritoneums gab.

II. Sophie K., 39 Jahre alt, ist früher stets gesund gewesen und hat 6 Mal geboren. — Vor 3 Jahren litt sie 4 Monate lang an Husten mit blutigem Auswurf und Atemnot; später fühlte sie sich wieder wohl. — Seit 2 Jahren bemerkt sie eine langsam zunehmende Auftreibung des Bauches und hat über allgemeine Schwäche zu klagen. Nach einiger Zeit stellten sich leichte Oedeme der Unterschenkel und schmerzlose Schwellungen der cervicalen und axillaren Lymphdrüsen ein; ab und zu hatte sie starkes Erbrechen und Verstopfung, sonst keine Verdauungsstörungen.

Vor einem Jahr ist zum 1. Mal eine Bauchpunktion ausgeführt worden. — Späterhin musste die Pat. noch 23 Mal wegen immer rezidivierender Beschwerden punktiert werden — Es wurden meist 5—10 Liter einer stets klaren, gelblichen Flüssigkeit gewonnen.

Irgendwelche hereditäre Belastung ist nicht nachzuweisen.

St. praes.

(25. Mai 1906). Gracil. gebaut, Ernährungszustand unter Mittel, recht blasse Haut. Keine Cyanose, kein Ikterus, mässige Oedeme der unteren Extremitäten. Starke Schwellung der linken Parotis und der cervicalen Lymphdrüsen links; Axillardrüsen mässig vergrössert, ebenso brachiale und inguinale.

Abdomen stark aufgetrieben; reichlicher Ascites. Die obere Bauchhälfte wird von einer harten, wenig druckempfindlichen, glatten Resistenz eingenommen, deren genauere Grenzen sich wegen der Auftreibung nicht bestimmen lassen.

Zwergfellhochstand, linksseitiger Hydrothorax.

Herztöne leise; über der Herzspitze ein weiches systolisches Geräusch.

Tägl. Harnmenge verringert. Im Urin kein Eiweiss und kein Zucker. Die Untersuchung des Blutes giebt nichts pathologisches.

27. Mai Punctio abdominis.

Es werden fast 12 Liter einer vollst. trüben, milchigen weisslich gelben Flüssigkeit von alkal. Reaktion und 1012 spez. Gewicht abgelassen.

Nach der Punktion erweist sich die ganze obere Bauchhälfte erfüllt von grossen kugeligen Tumoren von glatter Oberfläche und harter Konsistenz. Auch weiter unterhalb lassen sich in der Tiefe knollige beweglich-ballottierende Tumoren durchpalpieren! Die Perkussionsfigur der Leber ist etwas vergrössert; die Milz nicht abzugrenzen.

Ausschlaggebende Gesichtspunkte für die Diagnose waren nicht vorhanden. Es wurde die Wahrscheinlichkeitsdiagnose Pseudoleukaemie gestellt.

Die Pat. verliess nach ein paar Tagen die Klinik und hat später brieflich mitgeteilt, dass die ihr verordnete Arsenikbehandlung insofern von gutem Erfolge war, als bis Mitte Juli der Bauch etwas kleiner geworden und keine neue Punktion nötig gewesen wäre.

* * *

Die Untersuchung der Punktionsflüssigkeit ergab folgende Resultate.

Die Flüssigkeit ist in dickeren Schichten undurchsichtig, in dünnen — stark opaleszierend. Ihre Trübung entspricht ungefähr einer 10—12 Mal verdünnten Vollmilch.

Zusatz von 1 pCt. Osmiumsäure bewirkt allmälich eintretende Bräunung, keine Schwarzfärbung.

Zusatz von Alkohol oder eine Essigsäure lässt einen massigen Niederschlag ausfallen, über den sich fast wasserklare Flüssigkeit schichtet. Ebenso Zusatz von Essbachs Reag. oder $(NH_4)_2 SO_4$.

Ausschütteln mit Aether nach Zusatz von Lauge bewirkt eine unbedeutende Abnahme der Trübung ohne Klärung.

Das zentrifugierte Sediment besteht fast ausschliesslich aus frischem Blut und einzelnen Epithelzellen, Fetttröpfchen oder sonstige nicht organisierte Partikelchen sind im mikroskopischen Praeparat nicht nachweisbar.

Verdünnt man eine Probe mit Wasser, so fällt ein zartflockiger Niederschlag (wohl Globuline) aus, ohne dass vollständige Klärung eintritt.

Die quantitative chemische Untersuchung wurde folgendermassen ausgeführt:

1) 25 ccm. der filtrierten Flüssigkeit werden mit dem 3-fachen Volum Alkohol (95) versetzt; der Niederschlag [4] wird mehrfach mit Alkohol und Aether ausgewaschen, im Trockenschrank und Exsiccator bis zum konstanten Gewicht (0,686) getrocknet. 1 Liter enthält also 27,44 g Eiweiss (+ die in Wasser unlöslichen Salze).

2) Bestimmung des Aetherextrakts. 500 ccm. der Flüssigkeit werden mit einem Alkohol-Aethergemisch [5]) bearbeitet; das Filtrat (a) vom ausgefallenen Niederschlag wird im Destillationsapparat unter niedrigem Druck und später auf dem Wasserbade eingeengt; der Niederschlag mehrfach mit Aether ausgewaschen und die Spülflüssigkeit ebenfalls eingeengt und mit dem Filtrat (a) vereinigt. Die ölige Extraktionsflüssigkeit wird im Soxlehtschen Apparat mit Petroläther extrahiert; der auf diese Weise erhaltene Extrakt (b) wird auf dem Wasserbade im Vacuumexsiccator und dann im Trockenschrank bei 99–100° bis zum konstanten Gewicht (2,867) getrocknet. Eine völlige Konstanz des Gewichtes liess sich übrigens nicht erzielen. Trotz etwa 20-stündigen Trocknens im Trockenschrank nahm das Gewicht immer noch, wenn auch sehr unbedeutend, 1—2 mg. in 2 Stunden, ab; da der Extrakt schwach sauer reagierte erklärt sich der anhaltende Gewichtsverlust wohl durch das Entweichen flüchtiger Fettsäuren. — Daher wurde das Trocknen eingestellt; nach der letzten Wägung wog der Extrakt 2,867 g. 1 Liter Flüssigkeit enthält also etwa 5,734 g Petrol-Aetherextrakt (c).

Bestimmung der Fettsäuren (Seifen + Fette).

[4]) Das Filtrat von diesem Niederschlag erwies sich als eiweissfrei.

[5]) 1½ Liter Alkohol (95°) + 1 Liter Aether sulf.

. 3) 0,230 g des Extrakts (c) werden in heissem Alkohol gelöst und mit alkoholischer Natronlauge verseift in Wasser gelöst und darauf im Scheidetrichter mehrfach mit einer Mischung von Aether petrolei und Aether sulfur. (ungefähr zu gleichen Teilen) ausgeschüttelt. Der wässerige stark alkalisch reagierende Rückstand wird mit H_2SO_4 bis zu schwach saurer Reaktion versetzt und mit Aether extrahiert. Dieser letztere Aetherextrakt (d) bis zum konstanten Gewicht getrocknet wiegt 0,106 g (Fettsäuren). Danach enthält Liter Flüssigkeit 2,642 g Fettsäuren (Fette + Seifen).

4) Lecithinbestimmung im Aetherextrakt.
10.382 des Aetherextrakts c werden im Platintiegel mit einem Gemisch von KNO_3 und $Na_2 CO_3$ (3 : 1) verascht und zusammengeschmolzen, in schwacher Salzsäure gelöst (die Lösung war sehr schwach sauer). Die erhitzte Lösung wird darauf mit einer Lösung von Uranoxydinitrat (1 ccm. = 0.005 P_2O_5) titriert unter Benutzung von Cochenilletinktur als Indikator. Es wurden 0,5—1.0 ccm. verbraucht. Das würde, wenn man das Mittel (0,75 ccm.) nimmt, 0,00375 P_2O_5 oder 0,001637 P. entsprechen. — Rechnet man den Phosphorgehalt des Lecithins = circa 4 pCt. [6]) so entspricht die gefundene Phosphormenge 0,0409 g Lecithin; 1 Liter Flüssigkeit würde dann 0.614 g mit Aether extrahierbares Lecithin enthalten.

Da diese Methode jedoch nicht genügende Genauigkeit verbürgte, habe ich den P-Gehalt auch gewichtsanalytisch folgendermassen bestimmt.

5) 0,317 g des Aetherextrakts c werden wie oben verascht und in verdünnter Salzsäure gelöst.

Zur Ausfällung des Phosphors benutzte ich Magnesiagemisch + NH_4 Cl. + NH_3 [7]). Der allmälich entstehende Niederschlag wird auf einem kleinen Filter gesammelt, im Trockenschrank getrocknet, mit dem Filter zusammen verbrannt, die Asche bis zu konstantem Gewicht ausgeglüht.

Nach Abzug der Asche des Filters wiegt die Gesammtasche 0,01 g Mg P_2O_7 und enthält nach dem Moleculargewicht berechnet 0,002776 Phosphor. In 1 Liter Flüssigkeit sind danach 0,052 Phosphor, resp. 1,2—1.3 g Lecithin enthalten, also erheblich mehr, als die Titration mit Uran oxydi nitrat ergab.

Um es kurz zu wiederholen enthielt also 1 Liter Ascitesflüssigkeit:

Eiweiss und in H_2O unlösl. Salze	27, 44
Petrolätherextrakt	5,734, darin
Fettsäuren (der Fette und Seifen)	2,642
Lecithin	1,2—1,3

6) 0,29 gr. des Gesammtätherextrakts, werden mit kleinen Portionen einer vollständig klaren Ascitesflüssigkeit von 23‰ Eiweiss (E s b a c h) verrieben und bis 50 ccm. ergänzt. Auf diese Weise erhält man eine milchige, undurchsichtige Emulsion, die ebenso trübe durch die Filter geht und nach längerem Stehen eine Rahmschicht absetzt. Nach Abpipettierung der Rahmschicht verändert anhaltendes Zentrifugieren die Trübung n i c h t. Ausfällung des Gesamteiweisses klärt wieder. Zusatz von KOH und Ausschüttelung mit Aether klärt nur teilweise.

Die Resultate der Untersuchung ergaben, dass es sich im vorliegenden Fall wiederum um eine pseudochylöse Trübung handelt, da keine suspendierten Fetttröpfchen nachweisbar waren. Doch gestatten sie keine weiteren Schlüsse über das Wesen pseudochylöser Trübungen, als dass die Trübung an die Eiweissstoffe gebunden ist und mit ihrer Ausfällung verschwindet [8]).

Der letzte Versuch (6) scheint mir übrigens zu zeigen, dass solche Trübungen künstlich hergestellt werden können; denn die erhaltene Emulsion hatte nach Entfernung der Rahmschicht entschieden pseudochylöse Eigenschaften. Vielleicht könnte man auf diesem Wege den noch schwebenden Fragen näher treten.

Auffallend ist in dem besprochenen Fall der hohe Gehalt an Aetherextrakt (5,734 im Liter).

Nach der Zusammenstellung von B e r n e r t [9]) wurden bei rein-pseudochylöser Trübung 0,17—3‰ bestimmt, während Mischformen höhere Werte zeigten. Vielleicht müsste aus diesem Grunde der vorliegende Fall zu den Mischformen gerechnet werden. — Die geringe Abnahme der Trübung nach der Ausschüttelung mit Aether könnte darauf hinweisen, dass fettiger Zelldetritus sich — wenn auch in sehr unbedeutendem Masse — an der Trübung beteilige.

III. Ein 63-jähriger Bauer, der früher stets gesund gewesen ist, leidet seit dem Dezember 1906 an Aufstossen, Gefühl der Schwere in der Magengegend, besonders nach dem Essen, zuweilen Erbrechen. Seit Anfang Februar 1907 bemerkt er eine allmälich zunehmende Auftreibung des Bauches und tritt deswegen am 12. März in die chirurgische Klinik ein; hier wird eine Abdominalpunktion vorgenommen, die 4 Liter einer weisslich trüben Flüssigkeit ergiebt.

S t. p r a e s.

Kachektischer Pat., Haut erdfarben, Oedeme der Unterschenkel.

Im Epigastrium lässt sich ein höckeriger, derber, wenig beweglicher Tumor durchfühlen, der mit der Atmung auf und ab steigt. Die Leber überragt den Rippenbogen und fühlt sich hart und knollig an. Etwas über dem Nabel ein beweglicher wallnussgrosser Tumor.

12 Stunden nach der Mahlzeit enthält der Magen reichliche Speisereste. Per rectum nichts besonderes.

Herz und Lungen zeigen keine auffallenden Veränderungen.

Im Urin kein Eiweiss und kein Zucker.

Der Stichkanal hat sich nach der Punktion nicht geschlossen; es sickern reichliche Mengen einer trüben Flüssigkeit nach.

Da der Pat. nur 2 Tage in der Medizinischen Klinik blieb (17.—19. März), ist er nicht genauer untersucht worden [10]). Doch wird an der Richtigkeit der (in der Chirurgischen Klinik gestellten) Diagnose: Magenkarzinom mit Metastasen in der Leber und auf dem Peritoneum nicht gezweifelt werden können.

* * *

Die Punktionsflüssigkeit ist weisslich trübe, in dünner Schicht stark opaleszierend. Beim Stehen setzten sich einige Blutcoagula ab. Weder Filtration, noch Zentrifugierung, noch Ausschüttelung mit Aether nach KOH-Zusatz verändern die Trübung. Spec. Gewicht 1009, Reaktion alkalisch. Im äusserst spärlichen Sediment einige Erytrozyten und vereinzelte Epithelzellen.

Eiweiss nach E s b a c h $9^1/_2$‰.

Ausfällung des Gesammteiweisses mit Alkohol, E s b a c h s Reagenz oder durch Sättigung mit $(NH_4)_2 SO_4$ giebt dicken flockigen Niederschlag und klares Filtrat. — Halbsättigung mit $(NH_4)_2 SO_4$ lässt einen feingeflockten Niederschlag ausfallen, nach dessen Abfiltrierung fast klare, leicht gelblich gefärbte Flüssigkeit erhalten wird.

Die Ausscheidung der Globuline lässt also auch die Trübung verschwinden.

Zusatz von Osmiumsäure giebt leichte Graufärbung.

Nach Ausfällung des Gesamteiweisses sind die N y l ä n d e r sche und die T r o m m e r sche Probe negativ.

Im Sediment fanden sich ausser roten Blutkörperchen einige Epithelzellen; keine Fetttröpfchen, keine sonstigen nicht organisierten Partikel.

Die Trübung ist also keine Fetttrübung, sondern scheint an die Globuline gebunden zu sein. Mithin müssen wir dieses Transsudat ebenfalls als ein pseudochylöses betrachten.

Die Frage nach der chemischen Natur dieser pseudochylösen Trübungen ist viel diskutiert worden, bis endlich die letzten Jahre eine Einigung brachten.

So fand Q u i n c k e [11]) seinerzeit feine, aber noch mikroskopisch nachweisbare Körnchen von albuminoider Natur. Doch sind diese Q u i n c k e schen Albuminoidkörnchen kein konstanter Befund.

L i o n [12]) isolierte in seinem Fall eine „mukoide" Substanz, die an H a m m m a r s t e n's Glykoproteide

[6]) Nach H o p p e - S e y l e r enthält Distearyllecithin — 3,84 pCt. P., Dipalmityllecithin — 4,12 pCt. und Dioleyllecithin — 3,86 pCt.

[7]) Nach M e n s c h u t k i n (Analyt. Chemie).

[8]) Als ich mit B e r n e r t's schon zitierter Arbeit bekannt wurde hatte ich nicht mehr genügend Material, um nach seiner Methode vorgehen zu können.

[9]) «Ueber milchige, nicht fetthaltige Ergüsse» l. c.

[10]) Einen Teil der oben stehenden Angaben verdanke ich Herrn Dr. W. R e y h e r, Assist. der Chir. Klinik.

[11]) «Ueber die geformten Bestandteile von Transsudaten». Dtsch. Arch. f. Klin. Med. Bd. 30.

[12]) «Note sur un cas d'ascite laiteuse non chyleuse». Arch de médecine experim. V pg. 826.

erinnert und alkalische Kupferlösungen reduziert. Doch seiner Ansicht, dass diese Substanz die Trübung bedinge, steht der Nachweis ähnlicher Substanzen in völlig klarem Blutserum entgegen.

Dass der Fettgehalt nichts mit der Trübung zu thun habe wurde schon oben erwähnt. Erwähnenswert ist noch, dass nach Letulle [13]) 1,5°/₀₀ emulsionierten Fettes erforderlich sind, um ein klares Serum zu trüben; der Fettgehalt pseudochylöser Ergüsse ist aber häufig noch geringer.

Achard [14]) macht daraufaufmerksam, dass zuweilen die Trübung erst nach dem Erkalten der Flüssigkeit auftritt. Er erinnert daran, dass in kachektischen Zuständen das Blutserum nicht selten ebenfalls beim Erkalten sich trübe, was in der Zeit der häufigen Aderlässe eine wohlbekannte Erscheinung war. Daher ist er geneigt beides, nämlich pseudochylöse Trübung und Trübung des Serums als Wirkung der Abkühlung anzusehen und auf eine — zunächst unbekannte — Ursache zurückzuführen. Auch Schtsherbatschow schliesst sich dieser Ansicht an.

Die meisten späteren Beobachter geben jedoch ausdrücklich an, dass die körperwarme Flüssigkeit schon trübe gewesen sei. In den 3 oben referierten Fällen konnte ebenfalls keine Zunahme der Trübung beim Erkalten bemerkt werden.

Micheli und Mattirolo [15]) fanden in 2 Fällen. einmal 0,25°/oo, das andere Mal 0,1596°/oo Lecithin Kontrollversuche lehrten, dass etwa 0,159°/oo Lecithin genüge ein klares Serum zu trüben.

In späteren Untersuchungen sind Gross [16]) und Mosse [17]) zu ähnlichen Resultaten gelangt. Die genannten Autoren sehen daher im Lecithin die wesentliche Ursache der Trübung.

Diese Ansicht kam ins Wanken als Christens [18]) zeigen konnte, dass ein Ascites mit 0,077 g Lecithin im Liter milchig getrübt, ein anderer mit 0,316 g klar war. Die Anwesenheit von Lecithin an und für sich ist also noch keine genügende Veranlassung zur Trübung

Ascoli und Soleri [19]) gelang es durch Ausfällung der Globuline die Trübung zu entfernen, während Christen und Bernert [20]) nachwiesen, dass die Trübung bedingt wird, durch das an Globulin gebundene, nicht durch Aether extrahierbare Lecithin.

Endlich zeigte Joachim [21]) bei fraktionierter Ausfällung von Englobulin und Pseudoglobulin, dass die Trübung an das letztere gebunden sei, das sich auch als stark P—, also lecithinhaltig erwies, während der Aetherextrakt der Gesamtflüssigkeit und das Englobulin P— frei waren.

Ausfällung der Globuline durch Halbsättigung mit Ammonsulfat bewirkte auch in meinem 3. Fall Klärung [22]). Es scheint also die Frage nach dem Wesen der pseudochylösen Trübung in obigem Sinne entschieden zu sein.

Dagegen wissen wir so gut wie garnichts über die Ursachen, die solche trübende Globulin-Lecithinverbindungen bewirken. 2 nahe liegende Erklärungsversuche, nämlich 1) dass die Erscheinung pathognomonisch für bestimmte Krankheiten sei und 2) dass sie auf anatomischen Veränderungen der betreffenden serösen Häute beruhe, haben sich als unhaltbar erwiesen.

Die erste Annahme wird durch die Statistik wiederlegt. Nach Bernert [23]) kamen pseudochylöse Ergüsse zur Beobachtung

bei Tuberkulose 4 Mal,
„ bösartigen Neubildungen der Abdominalorgane 7 Mal,
„ Herzkrankheiten 5 Mal,
„ Leberkrankheiten 6 Mal,
„ Nephritis 1 Mal.

Dazu kommen noch 5 Fälle ohne Diagnose, 1 Leberzirrhose (Joachim), und die 3 beschriebenen Fälle: je 4 Mal, Pseudoleukämie, parenchymatöse Nephritis und Karzinoma ventriculi et peritonei. — Augenscheinlich besteht also kein Zusammenhang zwischen pseudochylösen Ergüssen und einer bestimmten Krankheitsform.

Was die zweite Annahme betrifft, so muss betont werden, dass konstante Beziehungen zwischen pseudochylöser Trübung und lokalen anatomischen Veränderungen der serösen Häute nicht nachweisbar sind, wenn sie auch oft genug gleichzeitig vorkommen mögen. Ich brauche nur auf die 7 Fälle von Herz- und Nierenaffektionen hinzuweisen, wo doch die Transsudate von anatomisch nicht veränderten serösen Häuten geliefert wurden.

U. a. zeigt das auch unser 1. Fall: in der Bauchhöhle, den beiden Pleurahöhlen und dem Herzbeutel hatte der Hydrops den gleichen Charakter, obgleich, wie gesagt, deutliche anatomische Veränderungen nur an den Pleuren gefunden wurden, während Peritoneum und Pericardium sich als normal erwiesen. — Hieraus geht u. A. hervor, dass eine differential-diagnostische Bedeutung den pseudochylösen Ergüssen nicht zukommt.

Da also die pathologische Anatomie uns hier im Stich lässt und für sonstige Erklärungsversuche der reale Boden fehlt, müssen wir die Frage nach der Genese opaleszierender Globulin Lecithinverbindungen in den Transsudaten vorläufig für offen erklären.

* * *

Zum Schluss erlaube ich mir Herrn Prof. D. M. Lawrow für die Erlaubnis die chemischen Untersuchungen in seinem Institute auszuführen und für die gewährte freundliche Unterstützung und Anregung meinen verbindlichen Dank auszusprechen.

[13]) «Nouvelle observation d'épanchement chyliforme de l'abdomen chez un enfant». Revue de médecine 1885.

[14]) «Sur le sérum latescent et l'ascite laiteuse non chyleuse». Bulletins et mémoires de la société médicale des hôp. de Paris, t. XIII 1896 pg. 773.

[15]) «О молочновидныхъ выпотахъ», Архивъ Подвысоцкаго томъ X стр. 184.

[16]) «Ueber Opalescenz gewisser milchiger. schwach fetthaltiger Ergüsse». Riv. critica di clin. Med. 1899 pg. 22.

[17]) «Ein Beitrag zur Kenntnis der pseudochylösen Ergüsse». Arch. f. exp. Path. u. Pharm. Bd. 44 pg. 179.

[18]) «Zur Lehre vom milchigen Ascites». Internat. Beiträge zu Leidens 70. Geburtstag 1902.

[19]) «Zur Lehre vom milchigen Ascites». Zentralbl. f. inn. Med. Bd. 24 pg. 181.

[20]) «Ueber die Bedeutung des Lecithins in pseudochylösen Ergüssen». Bolletino della Academia medica di Genova Band 16.

[21]) l. c.

[22]) «Ueber die Ursache der Trübung in milchigen Ascitesflüssigkeiten». Münch. med. Wochenschrift 1906 Nr. 44.

[23]) Ich habe es leider unterlassen, in den beiden ersten Fällen ähnliche Proben anzustellen.

[24]) l. c. pg. 97, 80.



Bücheranzeigen und Besprechungen.

R. Lüders: Die neueren Arzneimittel in ihrer Anwendung und Wirkung. — Schlussabteilung. Leipzig. Verlag von Benno Konegen. 1907.

Die beiden ersten Bände sind in dieser Wochenschrift besprochen worden, jetzt liegt der Schlussband vor. Dieser enthält einige technische Heilmethoden, wie die Paraffininjektionen, Radiumtherapie und vor Allem «Arzneimittel gegen spezielle Krankheiten», wie Asthma, Gicht, Diabetes, Basedow, Fettsucht, Tuberkulose etc. Als Asthmamittel figurieren

viele bei uns zu Lande nicht bekannte Mittel. Gegen die Basedow'sche Krankheit werden neben Antithyreodin in verschiedener Form das Basedowsan, Rodagen (aus der Milch schilddrüsenloser Ziegen). Thyrojodin empfohlen. Der Arzneischatz bei Diabetes wird durch mancherlei neue Mittel bereichert, wie Lépine (ein glykolytisches Ferment), Leberextrakt, ein Diabetesserum, daneben Melithan, Glykosolvol, Antimellin etc. Ebenso werden moderne zum Teil noch wenig in die Praxis eingeführte Mittel bei verschiedenen anderen Krankheiten genannt.

Lingen.

H. Oppenheim: Nervenkrankheit und Lektüre. Nervenleiden und Erziehung. Die ersten Zeichen der Nervosität des Kindesalters. Zweite Auflage. Berlin 1907. Verlag v. S. Karger.

Nicht nur Aerzten sondern namentlich Eltern und Pädagogen seien diese drei vortrefflichen Vorträge empfohlen. Gestützt auf grosse Erfahrung zeichnet der Berliner Professor im 3. Vortrage mit feinem Verständnis die leichten nervösen Abnormitäten des Kindesalters, auf deren Grund die Neurosen und Psychosen entstehen können. «Die geschilderten Abnormitäten sollen den Eltern und Erziehern als Warnungssignale dienen, sie brauchen ihnen nicht ohne weiteres Sorge und Furcht vor der Zukunft des Kindes einzuflösen, aber sie sollen sie veranlassen, den sachkundigen Arzt zu Rate zu ziehen, der nun auf Grund seiner speziellen Sachkenntnis zu entscheiden hat, ob sich in den ihnen als ungewöhnlich auffallenden Erscheinungen die keimende Nervosität offenbart. Dieser wird auch allein imstande seien, den Wert der fraglichen Symptome genauer abzuschätzen». «Wenn wir auch nicht in der Lage sind, die ererbte und angeborene neuropathische Konstitution durch eine andere zu ersetzen, so steht es doch in unserer Macht, durch die Art der Erziehung und Behandlung, ganz besonders durch die Fernhaltung gewisser Schädlichkeiten, auf die ich in den früheren Vorträgen hingewiesen habe, dahin zu wirken, dass die vorhandenen Keime nicht zur üppigen Entwicklung, nicht zur vollen Entfaltung gelangen, und damit der Entstehung eines Leidens vorzubeugen».

Michelson.

Protokolle des XVIII. Aerztetages der Gesellschaft Livländischer Aerzte in Wolmar vom 20.—22. Aug. 1906.

1. Sitzung.

Sonntag, den 20. August, 4 Uhr Nachmittags.

(Schluss.)

Diskussion:

Prof. Dehio: Die nach Zentimetern gemessene Entfernung des Spitzenstosses von der Medianlinie ist vielleicht nicht ausreichend zur Entscheidung ob eine pathologische Herzvergrösserung vorliegt oder nicht, da diese Entfernung bei Menschen von verschiedener Körpergrösse schon innerhalb der Norm recht grossen Schwankungen unterliegen könnte. Es dürfte sich daher empfehlen ausser dieser absoluten Entfernung stets auch das topographische Verhältnis des Spitzenstosses zur linken Mamillarlinie oder der linken Medioclavicularlinie anzugeben.

Dr. v. Hampeln erwidert Dehio, dass die Thoraxbreite, deren Mass ja die Mamillarlinie oder besser die Medioclavicularlinie ist, doch zu sehr wechsele um danach die Herzausdehnung resp. den seitlichen (?) Stand des Spitzenstosses zu bestimmen. Es kann bei normal grossen Herzen der Spitzenstoss in, ja sogar ausser der Mamillarlinie oder der Ersatzmamillarlinie liegen, und bei vergrössertem Herzen der Spitzenstoss innerhalb der Mamillarlinie liegen. Es ist darum mit dieser Orientierung allein, wenn nicht zugleich der Mamillarabstand berücksichtigt wird, nichts definitives über die Herzgrösse entschieden. Es sei aber zuzugeben dass unter solchen Cautelen die Mamillarlinie oder ihre Ersatzlinien immerhin brauchbar sind; sicherer ist aber die Messung der Entfernung des Ictus von der Mittellinie, die von der Thoraxgrösse anscheinend unabhängige Masse ergiebt.

Dr. Sokolowski möchte erfahren ob Dr. Hampeln sich bei seinen Bestimmungen starker oder schwacher Perkussion bedient. Selbst gewohnt bei der Bestimmung der Herzgrenzen ausgesprochen schwache Perkussion auszuüben erfahre er, dass z. B. Prof. Moritz in Giessen stets und durchweg stark perkutiere.

Dr. v. Hampeln: Moritz ist, im allgemeinen auch Vertreter der schwachen «tastenden» Perkussion, er führt diese nur stärker rechts, schwach hingegen zur Bestimmung der linken Grenze aus. Er selbst bedient sich in der Regel der schwachen Perkussion und empfehle gleichfalls die rechtwinklige Haltung des linken Mittelfingers, das wichtigste aber sei die Perkussion in streng sagitaler Richtung.

Dr. v. Holst möchte sich erlauben an Dr. v. Hampeln die Frage zu richten ob die vorliegende Herzgrösse nicht ganz zweckmässig durch eine Verhältniszahl zwischen der Herzbreite als Zähler und dem halben Rumpfdurchmesser derselben Höhe als Nenner wiedergegeben werden könnte, um so den Fehler auszuschalten der in der Angabe einer absoluten Herzbreitenzahl bei ungemein wechselnder Thoraxbreite liegt.

Dr. v. Hampeln meint, dass durch die von Dr. Holst vorgeschlagene Massangabe den individuell wechselnden topographischen Verhältnissen doch nicht genügend Rechnung getragen werden könnte.

Dr. Sintenis: Im Interesse schwerhöriger Aerzte möchte ich die Frage stellen ob die sogenannte Tastperkussion sicher genug ist um die gewöhnliche Perkussion ersetzen zu können.

Dr. v. Hampeln verneint Dr. Sintenis Frage, weil nach seiner Auffassung eine Täuschung und Verwechselung des Gefühls mit der Gehörswahrnehmung vorliegt. Ausserdem seien die normalen Grenzen des Herzens bekannt was gleichfalls Täuschungen veranlassen könne.

15. Dr. E. Masing hält seinen Vortrag «Zwei Fälle von milchähnlichem Ascites». (Der Vortrag wird unter anderem Titel in der St. Petersb. mediz. Wochenschrift veröffentlicht werden).

Der Vortragende hat in der Dorpater Medizinischen Klinik 2 Fälle von milchähnlichem Ascites im Laufe dieses Sommers beobachtet. Die relative Seltenheit dieser Erscheinung veranlasst ihn zur vorliegenden Mitteilung, obgleich eine genauere chemische Analyse der Flüssigkeiten noch nicht beendigt ist.

Man kann 3 Formen von milchigen Transsudaten unterscheiden.

1. D. Hydrops chylosus
2. D. Hydrops chyliformis sive adiposus
3. D. Hydrops pseudochylosus.

Das milchige Aussehen der beiden ersten wird bedingt durch suspendierte Fetttröpfchen, die entweder aus dem Chylus stammen (H. chylosus) oder aber aus fettigem Zerfall der Höhlenwände (durch Tuberkulose, Karzinom etc.) hervorgehen (H. adiposus). Diese beiden Formen haben nach Angaben der Autoren folgende gemeinsame Eigenschaften:

1) Ausschüttelung mit Aether bewirkt Klärung.
2) Sie werden durch Osmiumsäure geschwärzt.
3) Mikroskopisch sind Fetttröpfchen nachweisbar.

Die 3. Gruppe bilden die sogen. pseudochylösen Ergüsse mit geringem Fettgehalt, die die eben genannten Reaktionen nicht geben.

Hierher gehören die beiden folgenden Fälle:

I. Eine 39-jährige Frau mit allgemeiner Lymphomatose, ohne Blutveränderungen tritt wegen starken Ascites in die Klinik ein; sie ist früher schon 23 Mal punktiert worden, wobei die Punktionsflüssigkeit immer klar war. Die Punktion in der Klinik ergiebt 10 Liter einer in dickeren Schichten ganz undurchsichtigen, in dünneren stark opaleszierenden gelblichen Flüssigkeit von 1012 spez. Gewicht und 27‰ Eiweissgehalt. Aetherausschüttelung nach KOH-Zusatz klärt nicht; mikroskopisch sind keine Fetttröpfchen nachweisbar; Osmiumsäure schwärzt nicht. Ausfällung des Eiweisses klärt vollständig.

II. Ein 27-jähriger Mann mit schwerer Lungentuberkulose und parenchymatöser Nephritis wird wegen zunehmenden Ascites punktiert. Nach 6 Tagen exitus let. Die Punktionsflüssigkeit ist weisslich trübe, spez. Gew. 1006½, Ausfällung des Eiweisses giebt keine vollständige Klärung. Mikroskop. keine Fetttröpfchen. Osmiumsäure schwärzt sehr unbedeutend; Zusatz von KOH und Ausschüttelung mit Aether klärt nur wenig. — Nach Ausfällung des Eiweisses sind die gewöhnlichen Zuckerproben negativ.

Bei der Sektion wurden in der Brust- und Bauchhöhle und im Herzbeutel reichliche Mengen einer gleichfalls trüben Flüssigkeit gefunden.

Die Ursachen und die chemische Natur solcher augenscheinlich pseudochylöser Trübungen sind noch nicht genügend bekannt.

Mercien's Annahme, dass solche Ergüsse pathognomonisch für Karzinom der serösen Häute sei, hat sich nicht bestätigt; bei Tuberkulose, Leberzirrhose, chronischer Nephritis u. a. sind ähnliche Trübungen gefunden worden.

Achard erinnert daran, dass in kachektischen Zuständen das Blutserum und infolgedessen auch die Transsudate beim Erkalten sich trüben. Doch bestanden die meisten beschriebenen Trübungen schon bei Körpertemperatur.

Quincke wies einmal mikropische Partikelchen albuminoïder Natur nach; diese Albuminoïdkörnchen sind aber kein konstanter Befund.

Lion isolierte eine «mukoide» Substanz. Aehnliche Substanzen kommen aber auch in vollständig klarem Serum vor.

Da der Fettgehalt solcher Transsudate oft unter 1‰ beträgt, so ist nicht anzunehmen, dass er die Trübung bedinge. Denn es sollen 1,5‰ emulsionierten Fettes nötig sein, um ein klares Serum zu trüben (Letulle).

Der Lecithingehalt scheint auch nicht massgebend zu sein da er klare Transsudate mit relativ hohen Lecithinwerten giebt. Nach den neuesten Untersuchungen (Christen, Ascoli und Soleri, Joachim) soll die Verbindung von Lecithinen die Trübung bewirken. Doch bedarf diese Annahme wohl noch der Bestätigung.

(Autoreferat).

(Schluss der I. Sitzung).

Bericht über die wissenschaftliche Tätigkeit des Vereins St. Petersburger Aerzte für das Jahr 1906.

Zusammengestellt vom wissenschaftl. Sekretär O. Moritz.

Der Verein hielt im Jahre 1906 16 wissenschaftliche Sitzungen ab, in welchen von 26 Mitgliedern und 3 Gästen 40 wissenschaftliche Mitteilungen gemacht, verschiedene Patienten vorgestellt und eine Anzahl makroskopischer wie mikroskopischer Präparate, Abbildungen, Apparate sowie ein Affe demonstriert wurden.

Die Vorträge und Mitteilungen verteilen sich folgendermassen auf die einzelnen Disziplinen:

Pathologische Anatomie.

1. Girgensohn: Demonstration einer sehr grossen Ovarialcyste.
2. Küttner: Demonstration eines Fibromyom des schwangeren Uterus.
3. Lehmann: Demonstration einer Aneurysma der Aorta abdominalis.
4. Luchsinger: Demonstration eines Fibromyom des Uterus.
5. Peters: Demonstration von Präparaten von Meningitis cerebrospinalis.
6. Schrenk: Demonstration zweier Parovarialcysten.
7. Ucke: Demonstration diverser pathol.-anat. Präparate,
   a. Ein Herz mit hochgradiger Aortenstenose.
   b. Drei Herzen von Neugeborenen mit Endocarditis foetalis.
   c. Ein Herz mit Atresia Aortae.
   d. Einen Fall von Leberblutung.
   e. Einen Fall von Darmatrophie.

Bakteriologie und Serumforschung.

1. Feldt: Ueber das Tuberkuloseserum von Marmorek.
2. Ucke: Zur Spirochätenfrage.

Innere Medizin.

1. Rinne: Ein Fall von chronischem schweren Enterospasmus.
2. Schmidt: Helminthologisches.
3. P. Tiling: Ueber einen Fall von Ascites chylosus.
4. Westphalen: Ueber motorische Funktionen des Darmes, Antiperistaltik und Nährklystiere.

Chirurgie.

1. Arronet: Die Stauungsbehandlung nach Bier (mit Krankendemonstration).
2. Derselbe: Ueber die Bier'sche Stauungsbehandlung akut-eitriger Entzündungen (mit Krankendemonstration).
3. Derselbe: Nochmalige Vorstellung eines nach Bier behandelten Kranken mit Tendovaginitis.
4. Heuking: Ueber die Behandlung der Spondylitis tuberculosa (mit Krankendemonstr.).
5. Wanach: Ueber sekundäre Verletzungen grosser Gefässe und Nervenstämme durch verlagerte Knochenfragmente bei Schussfrakturen der langen Knochen.
6. Derselbe: Erfahrungen über Bombenexplosionsverletzungen.
7. Weber: Ueber Volvulus des S. Romanum.

Geburtshilfe und Gynäkologie.

1. Dobbert: Ueber den Uteruskrebs und seine operative Behandlung.
2. Küttner: Bericht über 2 Fälle von Pubiotomie und 1 Fall von Atresia hymenalis.
3. Lingen: Ueber Extrauteringravidität.

Kinderkrankheiten.

1. Fuhrmann: Zur Frage der Säuglingsernährung.
2. Derselbe: Ueber angeborne relative Pylorusstenose des Säugling's.
3. Derselbe: Einiges über Gewichtskurven bei Säuglingen.

Augenkrankheiten.

1. Blessig: Ueber Wirkungen farbigen Lichtes auf das Auge und ihre hygienische und therapeutische Verwertung.
2. Derselbe: Demonstration eines Falles von Cryptophtalmus cicatriceus.
3. Derselbe: Ueber Verletzungen des Auges durch explodierende Gewehrpatronen.
4. Lezenius: Die hydrotherapeutische Behandlung der Neuritis optica und ihrer Folgezustände.

Geisteskrankheiten.

1. Bary: Ueber Psychosen in der Revolutionszeit.

Haut- und Geschlechtskrankheiten.

1. Bormann (Gast): Ueber Haarparasiten bei Kindern.
2. Petersen: Ueber Syphilisimpfungen bei Affen (mit Demonstration).
3. Schiele: Ueber die Bedeutung des Cystoskop's bei Nierenkrankheiten.
4. v. Wahl: Ueber Fehlerquellen bei Untersuchungen auf Gonokokken.
5. Westphalen: Demonstration einer Kranken mit Xanthelasma tuberosum.

Diversa.

1. Albanus: Mitteilung der Krankengeschichte des Dr. Zöpfel.
2. Biehl (Gast): Statistik der in 15 Jahren zur Untersuchung gelangten Harne.
3. Petersen: Bericht über den 9. Kongress der deutschen dermatologischen Gesellschaft in Bern.
4. Stange: [(Orthopäde aus Oyenhausen) — Gast] Demonstration von künstlichen Gliedmassen.

Tagesnachrichten.

Personalia.

— Wie verlautet, beabsichtigt Prof. Dr. Ernst v. Leyden zum Beginn des Wintersemesters, von der Leitung der ersten medizinischen Klinik der Charité zurückzutreten. — Prof. v. Leyden, der bereits im 76. Lebensjahre steht und bereits vor 4 Jahren sein goldenes Doktorjubiläum feierte, stammt aus Danzig und hat seine

medizinische Ausbildung an dem Friederich-Wilhelms-Institut in Berlin erhalten. Als Professor der inneren Medizin wirkt er seit 1865, und zwar zuerst in Königsberg, dann in Strassburg, von wo er 1876 nach Berlin als Nachfolger Traubes berufen wurde. Nach Prof. Frerichs Tode i. J. 1885 übernahm er dann die erste medizinische Klinik, die er bis zum heutigen Tage leitet.

— Der frühere Züricher Universitätsprofessor Dr. Edwin Klebs, der jetzt als Spezialarzt für Tuberkulose zu Berlin-Charlottenburg lebt, begeht in diesen Tagen sein 50-jähriges Doktorjubiläum, zu dem die Berliner medizinische Fakultät das Doktordiplom in ehrenvoller Weise erneuert hat.

— Ordensverleihung. Dem Konseilmitgliede des Asyls des Prinzen Peter v. Oldenburg, wirkl. Staatsrat Dr. Adolf Gladki ist der St. Wladimirorden III. Klasse verliehen worden.

— Der Leiter der Abteilung für Nervenkranke am klinischen Institut der Grossfürstin Helene Pawlowna, Professor Dr. Leonid Blumenau, ist zum wirkl. Staatsrat befördert worden.

— Der Gehülfe des Militär-Medizinalinspektors des Kaukasischen Militärbezirks, Geheimrat Dr. Nikolai Kapazinski, ist nach mehr als 40-jährigem Dienst auf eigenes Ersuchen mit Uniform und Pension verabschiedet worden.

— Wahlen im Roten Kreuz. Am 7. Juni fand in der Plenarversammlung der Hauptverwaltung der Russischen Gesellschaft des Roten Kreuzes die Wahl eines Präsidenten der Hauptverwaltung an Stelle des Fürsten B. Wassiltschikow, der bekanntlich Oberdirigierender der Agrarorganistion und Landwirtschaft geworden ist, statt. Mit Stimmenmehrheit wurde zum Präsidenten — der ehemalige Minister der Wegekommunikation Fürst Chilkow und zum Vizepräsidenten — der Jägermeister des Allerhöchsten Hofes Graf M. Nieroth gewählt.

— Der Dozent und ältere Assistent des klinischen Instituts der Grossfürstin Helene Pawlowna, Staatsrat Dr. Romanowski, ist zum Konsultanten für innere Krankheiten an diesem Institut ernannt worden.

— Der ältere Arzt der therapeutischen Abteilung des Kinderhospitals des Prinzen Peter von Oldenburg, Staatsrat Dr. Richard Petersen, ist auf 7 Monate ins Innere des Reiches und ins Ausland beurlaubt worden.

— Auf den Lehrstuhl der Augenheilkunde an der Universität Strassburg ist als Nachfolger des vom Lehramt zurücktretenden Prof. Laqueur neuerdings Prof. ord. Dr. Otto Schirmer aus Kiel berufen worden, der dem Rufe auch Folge leisten wird.

Nekrologe.

— Verstorben sind. 1) Am 5. Juni in Mitau der Ordinator am örtlichen Krankenhause des Kollegiums der allgemeinen Fürsorge Dr. Eugen Jensen im 68. Lebensjahre. In Mitau geboren, besuchte er das dortige Gymnasium und widmete sich dann dem Apothekerberufe von 1856—63. Nachdem er das Abiturientenexamen am Gymnasium abgelegt hatte, studierte er von 1864 bis 1870 Medizin in Dorpat, wo er der Korporation Curonia angehörte und auch den Arztgrad erlangte. Seine ärztliche Tätigkeit begann er als Kirchspielsarzt in Schorstädt (Kurland), siedelte aber 1878 nach Mitau, wo er sich als praktischer Arzt bleibend niederliess und auch als Arzt an der Realschule, einige Jahre auch als Gefängnissarzt, sowie seit 1887 als Ordinator am obengenannten Krankenhause fungierte. Er war als Arzt der Irrenabteilung infolge von Angriffen seitens der Kranken mehrmals der Lebensgefahr ausgesetzt. 2) Am 26. Mai in Nishni-Nowgorod der Oberarzt des dortigen Militärlazaretts, Staatsrat Dr. Peter Konopassewitsch, im Alter von 54 Jahren an Herzparalyse. Der Verstorbene war seit 1880 als Militärarzt tätig. 3) Im Bade Liebenstein der dirigierende Arzt des Berliner städtischen Krankenhauses in der Gitschinerstrasse und Prof. extraord. der Berliner Universität Dr. Moritz Litten nach kurzer Krankheit im nahezu vollendeten 62. Lebensjahre. Mit Prof. Litten ist ein Kliniker ersten Ranges hingeschieden, dem namentlich die spezielle Pathologie viel verdankt. Seine medizinische Laufbahn begann er, nachdem er 1868 in Berlin zum Dr. med. promoviert worden, als Assistent der inneren Klinik in Breslau und war dann Assistent des Pathologen Cohnheim, bis ihn Prof. Frerichs 1876 als Oberarzt an die I. medizinische Klinik in Berlin berief, wo er sich auch als Privatdozent habilitierte. 1884 erhielt er den Professortitel und 1900 wurde er zum ausserordentlichen Professor mit dem speziellen Lehrauftrage für innere Unfallskrankheiten ernannt. Grundlegend waren seine Untersuchungen über septische Erkrankungen, bei denen Litten als erster die Veränderungen des Augenhintergrundes beschrieb. Von seinen grösseren Werken sind zu erwähnen: «Die Behandlung der Bluterkrankungen» (als Teil von Penzoldt-Stintzings Handb. der Therapie); «Die Krankheiten der Milz» (als Teil des Nothnagelschen Handbuchs); «Die Behandlung der Herzklappenfehler» (im Handb. der physikalischen Therapie von Goldscheider und Jacob). 4) In Manchester Dr. Julius Dreschfeld, Professor der inneren Medizin an der dortigen Universität, an Apoplexie.

Standesangelegenheiten.

— Die in der vorigen Woche nach einer Haussuchung in Riga verhafteten Personen, darunter der Arzt Preedkaln, sowie die Zahnärzte Meerkaln und Hübschmann sind nach drei Tagen wieder freigelassen worden.

— Unter den mehr als 200 Personen, meistenteils Arbeitern, die in Narva anlässlich der Ermordung des Direktors der Narvaer Manufaktur Otto Pelzer verhaftet und nach Petersburg gebracht worden, befindet sich auch der Student der Medizin Tieberg.

— Der Vorsitzende des Swenigorodschen Kreislandschaftsamtes Fürst Alexander Golizyn, der zugleich Arzt ist, wurde auf Verfügung des Konseils beim Minister des Innern vom Amte entfernt, weil er in der Kreislandschaftsversammlung eine scharfe Rede gegen die Wahlen seitens der Landschaft in die Landorganisations-Kommission gehalten hatte. Wie die Zeitungen erfahren, will Fürst Golizyn sich wieder um eine Landschaftsarztstelle bewerben.

— Der Arzt am Landschaftskrankenhause im Kirchdorfe Ismailowo (Gouv. Moskau) Dr. Jeleninski, welcher am 5. Mai arretiert wurde, weil in seiner Wohnung eine Versammlung von Mitgliedern des Bauernbundes stattgefunden hatte, ist am 22. Mai aus der Haft entlassen worden.

— Für den vakanten Posten eines Arztes der Reichsduma sollen nicht weniger als 102 Anstellungs-Gesuche von Aerzten eingelaufen sein.

Verschiedene Mitteilungen.

— Die Verwaltung des hiesigen Instituts für Experimental-Medizin hat, um die staatlichen und kommunalen Institutionen in der Bekämpfung der Infektionskrankheiten zu unterstützen, beschlossen, die im Institut hergestellten Serumarten zu Impfungen bei Diphtherie, Scharlach etc. zu bedeutend herabgesetzten Preisen abzulassen.

— Russisches Rotes Kreuz. Nach dem auf der Jahresversammlung der Mitglieder der Russ. Gesellschaft des Roten Kreuzes am 27. Mai erstatteten Rechenschaftsbericht für das Jahr 1906 betrugen die Einnahmen des Roten Kreuzes 1,723,028 Rbl., während die Ausgaben sich auf 1,293,573 bezifferten. Was das Konto der Hülfeleistung an kranke und verwundete Krieger während des japanischen Krieges anbetrifft, so beliefen sich die Einnahmen der Gesellschaft für diesen Zweck auf 44,443,380 Rbl., die Ausgaben im Kriege auf 31,708,388 Rbl. Die gegen Ende des Jahres 1905 in St. Petersburg eröffneten Speiseanstalten für die Familien der Arbeitslosen verabfolgten 947,336 Mittagsportionen, was bis zum 1. Januar 1907 einen Kostenaufwand von 53,965 Rbl. erforderte. In den von der Missernte heimgesuchten Gouvernements, wo täglich 430,000 Personen gespeist wurden, mussten für ärztliche Hülfe und die Verpflegung der Hungerleidenden 4,713,112 Rbl. verausgabt werden. Geldunterstützungen wurden im Betrage von 66,339 Rbl. an 4132 Personen (verwundete und kranke Krieger, barmherzige Schwestern und Mitglieder des Sanitätspersonals) bewilligt. Der Unterhalt des Personalbestandes der Hauptverwaltung kostete 26,000 Rbl. In die Hungergegenden wurden 11 Aerzte und 48 barmherzige Schwestern und 2 Feldscher auf Kosten des Roten Kreuzes geschickt.



Bad Salzbrunn
im Waldenburger Gebirge
in Mittel-Schlesien.
Alkalische Quellen:
Oberbrunnen, Mühlbrunnen.
Bäder. (Mineral- und Kohlensäurebäder.)–Hydrotherapie. — Massage.
Heilkräftig b. Erkrankungen der Atmungs-, Verdauungs- u. Harnorgane, bei Gicht, Zuckerkrankheit, Asthma.
Medikomechanisches (Zander-)Institut.
Inhalationen.
Pneumat. Kabinett. — Milch- u. Molken-Anstalt. Gebirgsluft, weitgedehnt. Anlagen
Brunnen-Versand durch die Firma Furbach & Strieboll, Bad Salzbrunn.
Drucksachen durch d. Herzoglich Plessische Brunnen- u. Bade-Direktion sowie d. d. Geschäftsstellen v. Rudolf Mosse.

Herausgeber Dr. Rudolf Wanach. Buchdruckerei v. A. Wienecke Katharinenhofer Pr. № 15.



XXXII. JAHRGANG. ST. PETERSBURGER Neue Folge XXIV. Jahrg.

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Redaktion von

Prof. Dr. Karl Dehio. Dorpat.

Dr. Johannes Krannhals. Riga.

Dr. Rudolf Wanach. St. Petersburg.

Die „St. Petersburger Medizinische Wochenschrift" erscheint jeden Sonnabend.—Der Abonnementspreis ist in Russland 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr inkl. Postzustellung; in den anderen Ländern 20 Mark jährlich, 10 Mark halbjährlich. Der Insertionspreis für die 3mal gespaltene Zeile in Petit ist 20 Kop. oder 45 Pfen.—Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt. —Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.

Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate bittet man ausschliesslich an die Buchhandlung von K. L. Ricker in St. Petersburg, Newsky-Prospekt № 14, zu richten. — Manuskripte sowie alle auf die Redaktion bezüglichen Mitteilungen bittet man an den geschäftsführenden Redakteur Dr. R. Wanach in St. Petersburg, Petersb. Seite, Alexandrowski Pr. 6 zu richten. Sprechst. Dienstag, Donnerstag und Sonnabend 5—6.

№ 25 St. Petersburg, den 23. Juni (6 Juli.). 1907.

Ueber eine akute Darmocclusion.

Von

Benjamin Kaplan.

Murawjewo.

A., eine 70-jährige Frau, die elfmal regelmässig geboren hat, will mit Ausnahme eines vor ca. 5 Jahren überstandenen akuten Nierenleidens stets gesund gewesen sein. Sie hat wohl seit Jahren einen trägen Darm, der manchmal seinen Inhalt erst nach 3 Tagen entleert, er macht ihr aber keine nennenswerten Beschwerden. Wenn in seltenen Fällen der Stuhl noch länger auf sich warten lässt, dann nimmt sie zu Abführmitteln oder Wasserklysmen ihre Zuflucht. Nie hat sie irgend welche andauernde, häufig auftretende, heftige Schmerzen im Leibe, nie eine auffallende Peristaltik, oder ein Hervortreten gewisser Darmabschnitte über das Niveau des Leibes beobachten können. Ueber das Aussehen des Stuhles kann sie keine besonderen Angaben machen. Der Appetit war bis jetzt ein recht guter gewesen. Aufstossen oder Uebelkeiten waren nicht vorhanden. Der letzte Stuhl erfolgte am 30. März Morgens. Ein Diätfehler wurde vor der jetzigen Krankheit nicht begangen.

31. März 3 Uhr Morgens. Plötzlich wird Patientin inmitten der Nacht von heftigen Leibschmerzen aus dem Schlafe gerüttelt, die von Aufstossen und Uebelkeiten begleitet, sehr bald eine schreckenerregende Intensität annehmen. Die Umgebung greift nach Kompressen, Klysmen, Ricinusöl, aber ohne Erfolg. Patientin erbricht zweimal sehr stark. Was erbrochen wurde, konnte nicht festgestellt werden, nur der üble Geruch und die Menge des Erbrochenen fielen auf. Urin wurde nicht abgelassen.

31. März 8 Uhr Morgens. Die nun von mir vorgenommene objektive Untersuchung ergab folgendes. Die Frau ist unter Mittelgrösse, kräftig gebaut, mit einem sehr stark ausgeprägten Panniculus adiposus, hauptsächlich des Leibes. Sie stöhnt mit lauter Stimme, wirft sich im Bette herum, bleibt eine Weile ruhig, um bald darauf wiederum den Ausdruck des Schmerzes laut hinauszuschreien. Aus dem Munde strömt ein übler Geruch entgegen, die ausgestossenen Gase riechen fade.

Die Haut insbesondere der Extremitäten ist mit kaltem Schweiss bedeckt, das Gesicht ist blass und zeigt den Ausdruck einer schwer Kranken. Der Puls ist klein, fadenförmig, regelmässig 47 in der Minute; die Temperatur 34,5. Das Herz ist etwas nach rechts vergrössert, die Töne rein.

Lungen, Nieren und Milz zeigen keine pathologischen Veränderungen. Das Bewusstsein ist klar. Die Zunge ist stark belegt, der Leib oberhalb der Nabelgegend ist aufgetrieben, so dass das Epigastrium gegen die untere Partie des Leibes erhoben erscheint. Weder ragen die Flanken über den mittleren Teil des Leibes, noch letzterer über jene hervor. Die Palpation des Abdomens, die ich wegen der starken Adipositas — er mass 107 ct. über dem Nabel — nach dem Winckelschen Handgriffe vornahm, ergab in seiner ganzen Ausdehnung vom Hypogastrium bis zur Nabelhöhle keine Abnormitäten; weder waren irgendwelche Tumoren, noch erhöhte Empfindlichkeit vorhanden. 2 bis 3 fingerbreit über Nabelhöhe aber stiess ich plötzlich auf eine Resistenz, die sich als eine längliche, runde, weich elastische, von der Mittellinie nach rechts oben ziehende Geschwulst anfühlte von ungefähr 6 ct. Länge und 3 ct. Breite. Das nach unten schauende Ende derselben war deutlich begrenzt, fast greifbar, das obere Ende verlor sich undeutlich in die Umgebung.

Es kostete viel Mühe, der Patientin zuzureden, die Betastung des sehr empfindlichen Tumors und der nächsten Nachbarschaft desselben zuzulassen. Auge und Hand konnten nirgends weder Peristaltik, noch reliefe Auftreibung irgend eines Darmabschnittes wahrnehmen; dagegen hörte das aufgelegte Ohr ein beständiges Kollern im Epigastrium.

Die Perkussion des Abdomens ergab nichts Besonderes, nur im Epigastrium klang es deutlich gedämpft (tief tympanitisch?). Die manuelle Exploration des Rektums und der Vagina ergab keine pathologischen Veränderungen. Die Bruchpforten waren frei. Stuhl und Flatus waren vollständig weg.

Ich ordinierte: Extr. opii 0,05, Ext. belladon. 0,01 ständlich 1 Suppositorium, heisse Kompressen auf das Epigastrium, Wärmeflaschen an die Extremitäten.

Nach 2 Stunden 31. März 10 Uhr Morgens: Status idem, wenn auch der Körper sich zu erwärmen beginnt (T. 35,0).

Gegen Mittag 31. März 12 Uhr Mittags: Patientin schlief ca. 1 Stunde; Aufstossen, Uebelkeiten, bedeutend weniger; sieht fröhlich aus; T. 37,0, P. 60 voller; Druckschmerz geringer; Flatus und Stuhl nicht gewesen. Ordiniert: Opium auszusetzen, 1 warmes Provencer-Oelklysma von 500 cbct. hoch irrigiert.

Nach 6 Stunden 31. März 6 Uhr Abends: Patientin schlummerte; die Schmerzen waren mitunter intensiv, das Allgemeinbefinden befriedigend; Pupillen nicht verengt; der Tumor vielleicht verkürzt, jedenfalls weniger relieff, weniger empfindlich; der Meteorismus wie früher; die Peristaltik für die aufgelegte Hand fühlbar; Stuhl und Flatus abwesend; Urin abgelassen; das Oelklysma kam nach ca. 2 Stunden gefärbt zurück. Ordiniert: Suppositorien 4stündlich. Am nächsten Morgen 1. April 8 Uhr Morgens: die Nacht verbrachte Patientin ziemlich ruhig; Schmerzen und Aufstossen kamen ab und zu wieder; Uebelkeit nicht vorhanden; Meteorismus, Peristaltik, Tumor und Druckschmerz wie den Abend vorher; Allgemeine Mattigkeit; P. 60 voll; T. 35,6; Urin wurde zweimal reichlich abgelassen, darin Indican nachgewiesen. Ordiniert: Opium auszusetzen, Cognac mit Eispillen gegen den Durst.

Nach 3 Stunden 1. April 11 Uhr Vormittags: Allgemeinbefinden gebessert, sonst Alles quo ante. 1 Oelklysma von 500 cbct. warm, tief infundiert.

Nach 3 Stunden 1. April 2 Uhr Nachmittags: Status quo ante; das Klysma nicht wiedergegeben. Ordiniert laut Consilium: Inf. fol. Sennae alexandrinae 15,0:150,0 Mg Sulfuric. Kali-Sulfurici āā 15,0 Mell. depur. ros. 10,0 S: ½stündlich bis zur Wirkung.

Nach 3 Stunden 1. April 5 Uhr Nachmittags: das Laxans wurde 5 Mal verabfolgt; die Schmerzen haben zugenommen; das Kollern im Leibe deutlicher zu vernehmen; der Tumor und dessen Umgebung empfindlicher; Patientin wird unruhiger; Stuhl, Flatus und Klysma waren nicht erschienen; Temp. 36,6.

Nach einer halben Stunde 1. April gegen 6 Uhr Abends erfolgt plötzlich Stuhldrang. Es wird eine breiige, ölige stinkende Flüssigkeit unter starkem Flatusabgang entleert. Bald darauf folgen weitere 5 Stühle von derselben Konsistenz. Grössere Scybala oder Steine wurden nicht aufgefunden. Das Allgemeinbefinden bessert sich schnell. In den folgenden zwei Tagen nahm der Tumor langsam, aber stetig bis zur vollständigen Unkenntlichkeit ab.

Indem ich nun zur Analyse des vorliegenden Falles schreite, will ich mir die charakteristischen Merkmale zurückrufen, welche das Krankheitsbild beherrschen. Also, plötzlicher Beginn von örtlich begrenzten Leibschmerzen, Aufstossen, Uebelkeit und Erbrechen, vollständiger Mangel an Abgang von Stuhl und Flatus, dazu das Bild des Collapses.

Alle diese Symptome drängen den Gedanken zur Annahme eines Darmverschlusses und je mehr er festere Form annimmt, desto grösser wird das Verlangen, der Krankheit einen bestimmteren Namen zu geben, den Sitz des Leidens zu fixiren und die Ursachen des Uebels zu erforschen. Aber wie schwierig, ja vielfach unmöglich ist es doch, eine bestimmte Diagnose zu stellen!

Zunächst musste also festgestellt werden, ob es sich überhaupt um eine Darmverschliessung handelt. Zu dem Zwecke mussten sämmtliche Krankheiten ausgeschlossen werden, die ähnliche Symptome machen, um nicht eine „Fehldiagnose“ zu stellen. Von nächstliegenden, mit ähnlichen Anfangserscheinungen verlaufenden Krankheiten kämen hier Gallensteinkoliken und Peritonitis acuta in Betracht. Nun hatte ich aber für die ersteren gar keine anamnestischen Angaben zu verzeichnen; Gelbfärbung und Lebervergrösserung waren und sind nicht vorhanden, dann sind Lokalisation und Schmerzanfall nicht typisch.

Aber auch die Peritonitis acuta (circumscripta) glaubte ich streichen zu können, zumal sie ein sekundäres Leiden darstellt und sich entwickelt „wenn der Einbruch oder die Einwanderung der Entzündungserreger in die Bauchhöhle auf eine durch Verklebung oder Verwachsungen präformierte Gegend trifft“ (O. Vierordt), worüber wiederum anamnestische Daten fehlen. Zoege v. Manteuffel empfiehlt zur Unterscheidung der Occlusion von der Peritonitis den Druck: bei der Occlusion soll er womöglich schmerzlindernd sein, bei der Peritonitis schmerzvermehrend wirken.

Ich habe zwar im gegebenen Falle deutlichen Druckschmerz und doch musste ich Peritonitis ausschliessen, weil sie keine Zeit hatte, sich sekundär aus der Occlusion zu entwickeln, was „kaum früher als vor Ablauf von 48 bis frühestens 24 Stunden“ geschehen könnte (H. Nothnagel).

Habe ich mich — freilich im Bewusstsein manche, vielleicht sehr wichtige, differential diagnostistische Momente unberücksichtigt gelassen zu haben — auf Grund der Exclusion zu der Annahme einer Darmocclusion entschlossen, so kann ich auf Grund der Erfahrung und nach dem Verlaufe meines speziellen Falles sofort vorwegnehmen, dass es sich hier um eine Occlusion ohne Strangulation und ohne Volvulus handelt und gehe nun zur Beantwortung der zweiten sehr wichtigen Frage über den Sitz des Darmverschlusses über.

Welcher Darmabschnitt ist undurchgängig geworden? Anamnestische Angaben über lokalisierte Darmschmerzen, hartnäckige Verstopfung, Durchfall, Abmagerung etc. liegen nicht vor; die objektiven Untersuchungen per vaginam, per rectum und der Bruchpforten haben ebensowenig positive Anhaltspunkte zutage gefördert.

Bleiben somit einige, klinische Symptome übrig, auf Grund derer ich den Sitz des Hindernisses, soweit es möglich ist, bestimmen will. Das klinische Bild konzentriert sich auf das Epigastrium. Hier sind der Initialschmerz, Meteorismus und Tumor vereint beisammen.

„Die ursprüngliche Lokalisation des Schmerzes bildet wohl ein wichtiges, aber nicht stets zuverlässiges Kennzeichen“ (G. Dieulafoy).

Nothnagel sagt: „Der Schmerz fehlt bei den schleichenden Occlusionen zuweilen ganz. Bei den akuten ist er freilich meist vorhanden, aber nur den engumschriebenen, genau fixierten, dauernd gleichmässig lokalisierten Schmerz wird man als Führer benützen können, doch auch nur mit Vorsicht . . .“

Ferner „der fixierte, lokalisierte Schmerz ist für die präzise Diagnose des Sitzes nur mit grosser Vorsicht und nur als Unterstützungsmittel für andere diagnostische Merkmale zu verwenden“, (Matthes).

Andere Autoren erwähnen den Schmerz als diagnostisches Hilfsmittel überhaupt nicht, während er von Einigen wiederum als Kennzeichen bei Dünndarmverschluss hervorgehoben wird, eine Erscheinung, welche ebenso viele Ausnahmen erleidet.

Befindet sich im vorliegenden Falle das Hinderniss im Colon transversum oder im Jejunum resp. Anfangsteile des Ileum?

Sässe es im ersteren, so ist es wunderlich, warum trotz vollständiger Aufhebung der Passage für Kot und Flatus die magenwärts gelegenen Darmpartien z. B. das Colon ascend. plus Coecum plus Ileum keinen Stauungsmeteorismus aufwiesen; wird doch von den meisten Autoren gerade bei Colonstenose eine stark ausgebildete Auftreibung des Leibes erwähnt. Ob das von mir infundierte Oel, welches sicherlich bei hoher Beckenlage der Patientin das Colon transversum streifte und sich im Darm mehr als 6 Stunden aufhielt, gegen die Stenose beweisfähig ist, lasse ich dahingestellt. Gumprecht erzählt in interessanter Weise von vielen Irrtümern, welche bei tiefer Infusion möglich sind. Von einer Lufteintreibung nahm ich wegen der Möglichkeit des Bestehens einer Morschheit der Darmwandungen Abstand. Ich entschloss mich also, auf Grund des Vorhandenseins des heftigen Initialschmerzes und des Meteorismus den Sitz des Hindernisses in den Dünndarm

zu verlegen. Dafür würden noch der positive Befund der Indicanprobe, der Mangel an faeculentem Erbrechen und das Fehlen grosser, fester Kotballen im Stuhle zeugen.

Dem Versuche, die Frage nach den Ursachen des Verschlusses zu beantworten stellen sich Hindernisse entgegen, welche die Lösung als sehr problematisch oder gar unmöglich hinstellen.

Was ich mit Bestimmtheit auszuschliessen das Recht habe, ist nämlich das Entstehen des Verschlusses aus einer sich langsam heranbildenden Verengerung, über welche gar keine anamnestischen Daten vorliegen; somit bin ich auch berechtigt, sämmtliche Ursachen, wie Tumoren maligner oder benigner Natur, Narbenbildung, Konstriktionen auf dem Boden peritonitischer Prozesse und von aussen wirkende Belastungen auszuschliessen. Alle diese Ursachen müssten ja den definitiven Verschluss langsam vorbereitet haben. Also bleibt eine andere Reihe von Möglichkeiten übrig. Diese wiederum können entweder mechanischer Natur sein, hervorgerufen durch das Eindringen das Darmlumen vollständig obturierender Massen, wie enorme Scybala, Darm-Gallensteine und in seltenen Fällen meist bei Geisteskranken vorkommende Fremdkörper; ferner kann der Verschluss durch Incarceration, Achsendrehung und Intussusception geschehen; oder aber es kommt eine Darmatonie resp. -parese in Frage. Die nach dem ziemlich stürmischen Beginn sich bald einstellende Euphorie, welche doch mehr als 30 Stunden anhielt, spricht mit grosser Wahrscheinlichkeit gegen Incarceration und Volvulus. Ueber Gallensteine liegen in der Vergangenheit keine Daten vor. Darmsteine sind ein ziemlich seltenes Ereigniss und waren auch im Stuhle nicht zu finden. Darmatonie resp. -parese setzen entweder eine nervös-hysterische Veranlagung voraus, oder erstere wird vermutet, wennn traumatische Insulte voraufgegangen sind, oder wenn gewisse Erkrankungen sich entwickeln etc. Bleiben somit Invagination und Scybala zur Erwägung übrig. Wenn ich mir die deutlich zu fühlende Geschwulst im Epigastrium ins Gedächtnis zurückrufe, ihre Glattwandigkeit, Elastizität und Empfindlichkeit; wenn ich mich erinnere, wie sie nach Opium an Intensität der Schmerzhaftigkeit sowie an Ausdehnung langsam, aber doch stetig abnahm, und nachdem der Darm sich gründlich gereinigt, doch noch zwei Tage fühlbar war, so muss ich geneigt sein, die Ursache des Verschlusses als eine Invagination anzusprechen.

Aber nun liessen sich gewichtige Gründe dagegen anführen: 1) ist die Invagination meist eine Kinderkrankheit und findet sich dann hauptsächlich ileocoecal 2) fehlt im vorliegenden Falle der blutig-seröse Stuhl. Vielleicht ist die Ursache doch eine Kotstauung. Dafür könnte ich mich vielleicht entschliessen, wenn ich annehmen wollte, dass die den Tumor bildende Masse durch das stark salinische Laxans vollständig verflüssigt wurde und sich solch eine Kotstauung auf dem Boden einer Muskelinsuffizienz, wie sie sich doch vielleicht im Laufe der chronischen Obstipation ausbilden konnte, entstanden ist.

Somit bewegt sich die Diagnose in folgenden Vermutungen: Akuter Darmverschluss des Dünndarms infolge von Invagination oder Kotstauung.

Bei der Erwägung der nun zu ergreifenden therapeutischen Massnahmen liess ich mich von folgenden Gesichtspunkten leiten. Zunächst dem Leidenden die Schmerzen erleichtern — darin gipfelt ja das Ergebniss unserer modernen Kunst — dann, aber in rascher Aufeinanderfolge causal vorgehen! Selten wohl hat der Internist das Grenzgebiet des Chirurgen so nahe zu streifen nötig, wie in ähnlichen Fällen. Medikament oder Messer? Praktisch wichtig ist die von verschiedenen Autoren betonte Forderung, den Allgemeinzustand zu beachten und ihn als Leitschnur zu nehmen, der den Kranken zum Chirurgen führen soll.

Wo mit Sicherheit die Rückbildung ausgeschlossen werden muss, darf keinen Augenblick mit der Operation gezögert werden. Wo wir aber a priori die Möglichkeit des spontanen günstigen Ausganges nicht bestimmen können — und giebt es nicht genug Fälle, die gegen jegliche Erwartung einen günstigen Verlauf genommen haben? — da „hat der Arzt nicht das Recht, dem Kranken die Möglichkeit vorzuenthalten auch ohne Operation auszukommen“. Wir können und müssen warten und müssen Alles ausprobieren, dabei aber scharf den Kranken beobachtend.

Ich habe Opium verabfolgt und nach 4 Stunden erlebte ich eine zauberhafte Wirkung: die Schmerzen liessen bedeutend nach, die Peristaltik ward teils beruhigt, das Aufstossen hörte fast auf und Patientin verfiel in einen erquickenden Schlaf. Was aber die Hauptsache ist, der Puls wurde voller, die Temperatur stieg an, die Extrêmitäten erwärmten sich, kurz ein Effekt war vorhanden, auf den kaum gerechnet wurde. In diesem Zustande verblieb Patientin abgesehen von geringen hin und wieder aufgetretenen Schmerzanfällen bis zum nächsten Tage. Aber Stuhl und Flatus kamen nicht; der Meteorismus ging nicht zurück, die Geschwulst blieb fühlbar und schmerzhaft. Die Patientin hatte kaum ein halbes Glas Wasser während der ganzen Zeit erhalten.

Was weiter? Es musste mit einem Laxans die Probe gemacht werden.

Wie gerne hätte ich gewünscht, dass es von der Hand eines Chirurgen ihr gereicht würde! — Starke, stürmische Bewegungen des Darmes waren die Folge, als ob er noch die letzte Kraft anspannen wollte, um sich von seinem Inhalte zu befreien. Es gelang.

Schlussfolgerungen.

1) Opium verschleierte nicht unser Krankheitsbild, sondern liess es vielmehr klarer erkennen.

2) Opium wirkte fast causal.

3) Bei unseren geringen, mutmasslichen Invaginationserscheinungen bewirkte ein starkes Laxans einen vollständigen Rückgang des Krankheitsprozesses.

Literatur.

1) Врачебная Гавета XI. 2) Friedrich Friedmann. Старческія измѣненія и ихъ лечeніе pag. 121—123 (Переводъ). 3) G. Dieulafoy, Mannel de pathologie interne. 4) D. Gerhardt, Изслѣдованіе пищеварительныхъ органовъ въ Руководствѣ къ клинич. способамъ изслѣдованія подъ редакціей Eulenburg, Kolle, Weintrand (Переводъ). 5) F. Gumprecht, Die Technik der speziellen Therapie. 6) Kühnemann, Діагностика (Переводъ). 7) Wilh. Leube, Spezielle Diagnose der inneren Krankheiten. 8) Max Matthes, Die Erkrankungen des Darmes im Lehrbuch der Inneren Medizin von J. v. Mering. 9) H. Nothnagel, Ueber Darmverengerung und Ueber Darmverschliessung in der Deutschen Klinik Bd. V. 10) Norbert Ortner, Therapie innerer Krankheiten. 11) Adolf Strümpell, Spezielle Pathologie und Therapie. 12) Tillmanns, Spezielle Chirurgie. 13) O. Vierordt, Die akute diffuse Peritonitis in der Deutschen Klinik Bd. V. pag. 354 etc. 14) F. v. Winckel, Ueber die Mittel und Wege zur Erkenntnis von Frauenkrankheiten in der Deutschen Klinik Bd. IX.

Referate.

H. Hans: Primäre und sekundäre Ursachen des erschwerten Décanulements in der Serumzeit. (Münchener med. W. 1907. Nr. 12).

Verfasser verfügt über 100 Tracheotomien von diphtheriekranken Kindern, die mit Serum behandelt wurden und fasst seine Erfahrungen über das Décanulement in Folgendem zusammen:

1) Die Verschärfung des Aspirationzuges ist in den meisten Fällen die primäre Ursache des erschwerten Décanulements. Dieselbe wirkt auf normale Granulationen besonders im oberen Wunddreieck, sowie auf die lockere Schleimhaut des Uebergangsgebietes zwischen Kehlkopf und Luftröhre durch ihre Saugkraft aufquellend und so stenosierend.

2) Der Grundsatz, die Kanüle erst wegzulassen, wenn das diphtheriekranke Kind eine Nacht oder noch längere Zeit mit verstopfter Kanüle hat atmen können, ist deshalb zu verwerfen.

3) Die beste Zeit des Décanulements ist der 3. bis 5. Tag, je nach der Schwere des Falles.

4) Der Versuch, die Kanüle ohne längere Vorprobe wegzulassen, kann in günstigen Fällen nach 48 Stunden gemacht werden.

5) Die Tracheotomia superior, besonders als Cricotracheotomia, ist schneller und leichter auszuführen als die Tracheotomia inf. Ihre dem infektiösen Herd so nahe Lage zwingt aber oft, besonders durch Aufquellung der Submucosa, zum Recanulement.

6) Die zeitige Tracheot. inf. (als Operation der Wahl) sichert auch gegen das Einsaugen der Infektion in die tieferen Luftwege.

Die Notwendigkeit, eine zu früh weggelassene Kanüle wieder einführen zu müssen, macht in den ersten 6 Tagen keine Schwierigkeit. Die Narbenretraktion tritt hindernd erst später dem Recanulement entgegen.

Seit der Serumzeit sind die ins Krankenhaus zur Operation eingelieferten, durchschnittlich schweren Fälle in ihrer Mortalität von 50—70 pCt. auf 10—20 pCt. zurückgegangen.

Weyert.

Bücheranzeigen und Besprechungen.

Iwan Bloch: Das Sexualleben unserer Zeit in seinen Beziehungen zur modernen Kultur. Berlin. Verlag v. L. Marcus. 1907. 822 Seiten.

Der Autor hat sich die Aufgabe gestellt, die vielseitigen Beziehungen des Sexuellen zu allen Gebieten des menschlichen Lebens zu untersuchen und zu beleuchten. Ohne Frage ist die Liebe, neben dem Hunger, der wichtigste Faktor im individuellen und sozialen Leben und ebenso in der kulturellen Entwicklung des Menschengeschlechtes. Eine von diesen Gesichtspunkten aus unternommene Darstellung des Sexuallebens verdient daher unsere ganze Aufmerksamkeit und unser Interesse. Immer dringender wird der Wunsch und das Bedürfnis nach Lösung der schwierigen Frage der Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten, die der Verf. das Zentralproblem der sexuellen Frage nennt, ohne dessen Reform eine Veredelung und Vervollkommnung des Liebeslebens unserer Zeit unmöglich erscheint. Das umfangreiche Werk ist in 33 Kapitel gegliedert. Zuerst beschäftigt sich B. mit dem Begriff und der Entstehung der menschlichen Liebe, den physischen und psychischen Geschlechtsunterschieden, geht weiter auf die Beziehungen zwischen Religion und Liebe ein, auf die Individualisierung der Liebe, die Ehe, und behandelt dann eingehend sein Zukunftsideal, die freie Liebe. Diese wird in scharfen Gegensatz zur wilden Liebe gestellt, der das Kapitel über die Prostitution folgt. Von Letzterer ist der natürliche Uebergang zu den Geschlechtskrankheiten gegeben, deren Verhütung, Behandlung und Bekämpfung eingehend abgehandelt wird. Hierauf geht Verf. auf die Folgen der Geschlechtskrankheiten und die Geschlechtskrankheiten in weiterem Sinne über (sex. Psychopathieen). Die letzten Kapitel sind der Frage der Enthaltsamkeit, der sexuellen Erziehung, dem Neomalthusianismus, der sex. Hygiene, der Pornographie, der Liebe in Literatur und Wissenschaft gewidmet und schliesst das Buch mit einem Ausblick in die Zukunft.

B. hat sein Werk für alle ernsten Männer und Frauen geschrieben, die sich über das sexuelle Problem orientieren wollen. Ihnen sei es bestens empfohlen; denn wenn man sich mit dem Verf. auch in vielem nicht wird einverstanden erklären können, so berührt er doch ungemein wichtige Fragen, die allgemeines Interesse beanspruchen. Verf. glaubt auch in Bezug auf das Sexualleben einen Fortschritt der Menschheit konstatieren zu können. Jedenfalls ist er leider noch nicht sehr gross, denn bis auf Weiteres besteht noch vielfach das pessimistische Wort Schoppenhauers, dass die Männer in der Jugend Hurenbolde und im Alter Hahnreie seien, zu Recht.

W. Schiele.

L. von Römer: Die uranische Familie. Untersuchungen über die Ascendenz der Uranier. (Beiträge zur Erkenntnis des Uranismus, Heft 1). Leipzig und Amsterdam. Verlag von Maas und van Suchtelen. 1906.

v. K. beabsichtigt eine Reihe zwangloser Hefte über das Thema der Homosexualität erscheinen zu lassen. Er steht auf dem Standpunkte, dass die Homosexualität nicht erworben, sondern als erblich und angeboren anzusehen ist. Es kann eine Person wohl durch Gelegenheitsursachen veranlasst homosexuelle Handlungen begehen, insofern zeitweilig als homosexuell bezeichnet werden, sie bleibt aber nicht dabei. Der bleibende Uranismus ist aber stets angeboren, niemals erworben. Weiterhin sieht Verf. in der Homosexualität keine Perversion, keine sexuelle Psychopathie und keine Entartung, sondern eine natürliche und normale (!) wenn auch seltene Varietät oder Abartung des Geschlechtstriebes, eine Spielart. Zur Grundlage seiner Ausführungen dient dem Verf. eine von ihm angestellte Enquête unter holländischen Studenten (308 Antworten) und eine von Dr. Hirschfeldt in Charlottenburg ausgeführte mehrere Tausend (fast 7000) Personen umfassende Enquête, sowie die Angaben vieler namhafter Autoren (Krafft-Ebing, v. Schrenck-Notzing, Fuchs, Näcke, Havelock Ellis etc.). Neben der Erblichkeit spielen, nach Verf. Meinung, bei der Entstehung des Uranismus grosse Altersunterschiede der Eltern und überhaupt höheres Alter dieser eine Rolle. Ueber die Häufigkeit des Uranismus schwanken die Ansichten zwischen 2 pCt. —35 pCt. (?).

W. Schiele.

Deutsches Bäderbuch, bearbeitet unter Mitwirkung des Kaiserlichen Gesundheitsamtes in Berlin. Verlag von J. Weber. Leipzig 1907.

Vor uns liegt ein dicker Band in 4°. über 650 Seiten stark, mit 13 Tafeln graphischer Darstellungen von Quellenanalysen, einer Uebersichtskarte sämtlicher Heilquellen Deutschlands und der Hellmann'schen Regenkarte. Die Einleitung zu diesem Werk, das einzig in seiner Art ist, besteht aus 6 Teilen, die ein vollkommenes Bild der gesamten Balneologie Deutschlands geben und von bekannten medizinischen und technischen Kräften verfasst sind.

Der geologische Teil ist von Dr. K. Keilhack, Professor der königlichen Bergakademie in Berlin bearbeitet. Der Verfasser behandelt vor Allem die Herkunft des Wassers, geht sodann auf die Herkunft der in den Mineralquellen enthaltenen Salze und Gase über und bespricht im Weiteren die Temperatur der warmen Quellen, die Ursachen des Zutagetretens der Mineralquellen und die Beziehungen zwischen Mineral- und Grundwasser.

Der chemische Teil gehört der Feder mehrerer bedeutender Spezialisten. Einen allgemeinen Ueberblick über die Chemie der Mineralquellen von Dr. Theodor Paul. Direktor des Laboratoriums für angewandte Chemie an der Universität München, dem ein Kapitel über die Radioaktivität von Dr. Himsted, Direktor des physiologischen Instituts der Universität Freiburg in B. angeschlossen ist, folgen die besonderen Grundsätze für die Darstellung der chemischen Analysenergebnisse von Prof. Hintz und Dozent Grünhut aus Wiesbaden.

Denselben Verfassern gehört das Kapitel über die Einteilung der Mineralwässer. Sie teilen die Quellen in 3 Hauptgruppen, alkalische bezw. erdige Quellen, muriatische Quellen und Bitterquellen, diese wieder in eine ganze Reihe von Untergruppen.

Der nächste, pharmakologische Teil ist von Dr. Jacobi, Direktor des pharmakologischen Instituts an der Universität Göttingen bearbeitet.

Ihm folgt der klinische Teil vom Direktor der 2. medizinischen Klinik an der Universität Berlin, der klimatologische Teil von Prof. Kraemser und der volkswirtschaftliche Teil von H. Kauffmann.

Aus dieser Inhaltsangabe ist zu sehen, was für ein Kapitalwerk wir im Deutschen Bäderbuch vor uns haben, doch gehört das Alles in die Einleitung.

Der Hauptteil des Werkes umfasst 550 Seiten und ist der genauen Beschreibung sämtlicher Bücher Deutschlands ge-

widmet, wobei sie in 3 Gruppen untergebracht sind: Mineralquellen, Seebäder und Luftkurorte. Im Ganzen sind über 660 Mineralquellen und Kurorte in erschöpfender Weise bearbeitet und dürfte dies kapitale Werk in keiner medizinischen Bibliothek fehlen.

M. Grimm.

C. L. Schleich: Schmerzlose Operationen. Fünfte verbesserte und vermehrte Auflage. Mit 33 Abbildungen im Text. Berlin 1906.

Das Buch des bekannten Initiators der lokalen Anästhesie bedarf keiner weiteren Empfehlung, es genügt auf das Erscheinen einer neuen vermehrten Auflage, der V. bereits, hinzuweisen. Der Verlag von Jul. Springer hat das 333 Seiten umfassende Werk auf's Beste ausgestattet, die Abbildungen und der Druck sind ausgezeichnet. Der Inhalt zerfällt in 2 grosse Abschnitte: I. Die allgemeine Narkose oder die Inhalationsanästhesie mit den Kapiteln 1) Stand der Inhalationsanästhesie. 2) Psychophysik des Schlafes und der schlafähnlichen Zustände. II. Die örtliche Narkose und die Anästhesie durch Infiltration.

W. Schiele.

J. Mindes: Manuale der neuen Arzneimittel für Apotheker, Aerzte und Drogisten. 5. neubearbeitete Auflage. Leipzig und Wien. Verlg. von Fr. Deutike. 1907. 586 Seiten.

Bequemes Nachschlagebuch, um sich über die Zusammensetzung, Darstellung, Zubereitung, Indikation, Anwendungsweise etc. der neueren Arzneimittel Rat zu holen. Die fleissige und sorgfältige Arbeit sei allen Interessenten bestens empfohlen. Bei den neuesten Medikamenten findet sich immer die Angabe, von wem das Mittel ausprobiert und empfohlen ist.

W. Schiele.

Albert Moll: Der Hypnotismus. Mit Einschluss der Hauptpunkte der Psychotherapie und des Okkultismus. Vierte, vermehrte Auflage. Berlin, Fischer's medizin. Buchhandlung. 1907. 642 Seiten. Preis 10 Mark.

Seit dem Erscheinen der letzten Auflage dieses Buches im Jahre 1895 ist soviel neues Material hinzugekommen, dass diese neue Auflage, um ein vollständiges Bild vom Stande unseres heutigen Wissens in diesen Fragen zu bieten, an Umfang fast das Doppelte ihrer Vorgängerin gewonnen hat. — Im Kapitel über die Theorien ersehen wir trotz neuer Gesichtspunkte, dass uns noch immer leider die wissenschaftlichen Voraussetzungen, speziell die Kenntnisse der die psychischen Prozesse begleitenden Hirnvorgänge, für eine Erklärung des Hypnotismus fehlen. Neu hinzugekommen ist ein Kapitel, welches die Bedeutung des Hypnotismus für die theoretische Medizin sowie die Psychotherapie behandelt. Ausführliche Darlegung erfahren die Beziehungen des Hypnotismus zur Psychologie, zur Kunst, zum Aberglauben, zur Ethnologie. Das forensische Kapitel ist namentlich durch Kasuistik bereichert. Das Kapitel über okkultistische Fragen ist wesentlich erweitert und umgearbeitet worden, weil Verf. eine kritische Besprechung dieser Dinge für das beste Mittel hält, um der modernen im Zunehmen begriffenen unkritischen okkultistischen Strömung entgegenzutreten. Wenn sich an dieser auch verdiente Männer der Wissenschaft (Crookes, Lombroso, Stumpf, Richet) beteiligen, so ist deren Verirrung tief zu beklagen. Sie beweisen nur, dass man in seinem Spezialfach ein grosser Forscher sein kann, ohne deshalb für andre Forschungsmethoden die nötige Kritik zu besitzen. Trotz dieser und vieler anderer Autoren behauptet Verf. auf Grund eigener Untersuchungen und zahlloser okkultistischer und spiritistischer Arbeiten: «Es ist mir nicht ein einziges unter zwingenden Bedingungen vorgenommenes Experiment bekannt, das die Annahme okkulter Kräfte rechtfertigen könnte. Ein Hauptschwindel besteht darin, dass zwingende Bedingungen vor den Sitzungen versprochen, während derselben aber verhindert werden».

Wer sich auf dem Gebiete des Hypnotismus leicht und umfassend belehren will, dem sei die neue Auflage noch angelegentlicher als die früheren empfohlen.

Michelson.

Protokolle des XVIII. Aerztetages der Gesellschaft Livländischer Aerzte in Wolmar vom 20.—22. Aug. 1906.

2. Sitzung.

Montag, den 21. August, 10—1 Uhr Nachmittags.

1. Als Ort des nächsten Aerztetages wird Dorpat und als Zeitpunkt die zweite Hälfte des Augusts gewählt.

2. Es werden gewählt zum

Präses: Ströhmberg.
Vizepräses: Apping.
I. Sekretär: Holst.
II. Sekretär: Kieseritzky.
Kassaführer: Pfaff.

3. Dr. W. v. Holst hält seinen Vortrag: «Zur Aetiologie der Dysbasia angiosklerotica».

Diskussion:

Dr. Mickwitz: Als Assistent von Dr. Greiffenhagen wohnte ich der Operation des betreffenden Herrn bei. Wichtig scheint mir anzuführen, dass es ein interner Bruch war, so dass die Pelotte des Bruchbandes wohl auf die Femoralgefässe drücken konnte, was bei einem externen Bruch nicht möglich gewesen wäre. An Dr. Holst möchte ich die Frage richten ob in den von ihm aus der Literatur angeführten Fällen auch interne Hernien vorlagen.

Dr. Holst: Die von Dr. Mickwitz soeben gestellte Frage kann auf Grund der kurzen Literaturangaben nicht beantwortet werden.

Dr. Sokolowski: Ein jeder «der in seiner ärztlichen Praxis mit der claudication intermittente», mit der Rainaudschen Krankheit, mit den Stokes-Adams'schen Erscheinungen, mit Akroparästhesien zu thun gehabt hat, dem muss vielfach der Gedanke gekommen sein, dass die Arteriosklerose allein nicht genüge diese Erkrankungen hervorzurufen. Denn immer wieder müssen wir beobachten, dass die genannten Erkrankungen gerade bei Patienten auftreten deren Arteriosklerose sehr wenig entwickelt ist. Von diesem Gesichtspunkt giebt uns der von Dr. Holst angeführte Fall vielleicht den Fingerzeig für die Richtung in der wir in Zukunft zu suchen haben dürften. Wenn ich die Fälle von claudication intermittente aus meiner bisherigen Praxis Revue passieren lasse so fallen mir Fälle ein die die Richtigkeit der eben vorgebrachten Beobachtungen zu bestätigen scheinen. Erstens eine Frau die eine Bandage wegen einer Wanderniere trug, noch mehr wurde meine Aufmerksamkeit erregt durch einen Herrn der jahrelang an intermittierendem Hinken litt und bei dem sich schliesslich ein Tumor des Kreuzbeins entwickelte.

Dr. v. Bergmann: Ein Druck der Hernie auf die Gefässe ist anatomisch nicht gut möglich. Das Ligamentum Poupartii und die starke Scheide der Gefässe schwächen jede Druckwirkung sehr ab. Das beweist das seltene Vorkommen von Hinken bei Frauen die häufig an Cruralhernien leiden, welche viel eher einen Druck auf die Gefässe auszuüben im Stande sind als ein Inguinalbruch.

Dr. Holst: An der schwerwiegenden ätiologischen Bedeutung des Leistenbruchbandes für das Zustandekommen der Dysbasia kann in dem von mir beobachteten Falle nicht gut gezweifelt werden. Weit schwieriger erscheint die richtige Einschätzung der Leistenhernie selbst in Bezug auf ihre eventuelle ätiologische Mitbeteiligung. Zur Erklärung der bedeutend besseren Gehmöglichkeit nach der Radikaloperation habe ich weniger an Zirkulationsbehinderung zur Zeit als die Brüche bestanden, sondern an das Auftreten von Parästhesien gedacht die sie verursacht haben mögen.

Dr. Ed. Schwarz führt an es sei öfter zu beobachten, dass Kranke hochgradige Arteriosklerose der Beingefässe ohne Dysbasie, andere bei geringen Gefässveränderungen — Puls in der Arteria tibialis, und nur in der Arteria pediäa Fehlen des Pulses—deutliche Dysbasia zeigten. Zur Erklärung dieses Faktums können wohl drei Momente angeführt werden. Erstens wird wohl die Wand der Arterien in ihren einzelnen Teilen verschieden stark befallen. Ist die Intima am hochgradigsten erkrankt und auf diese hauptsächlich die Verengerung des Rohres zu beziehn und bleibt die Muskularis frei, so kann diese die Ischämie bei grösserer Inanspruchnahme des Cirkulationsapparats, wie solches beim Gehen geschieht, durch Kontraktion erklären. Zweitens ist der Zustand des Herzens von grosser Wichtigkeit. Sehr deutlich wird dieser Einfluss in Fällen die, wenn man sich so ausdrücken darf,

ein Hinken im Schlafen und im Liegen zeigen. Ein solcher Kranker der seit Jahren schon hochgradige Arteriosklerose der Beinarterien zeigt kann nur im Sitzen schlafen, sobald er sich legt treten derartige Schmerzen in den Beinen auf, dass an Schlafen nicht zu denken ist. Die energischere Arbeit die das Herz im Stehn und Sitzen im Gegensatz zum Liegen leistet genügt um die Cirkulation in den erkrankten Beinarterien soweit aufrecht zu erhalten dass die Schmerzen aufhören und Schlaf eintritt. Als drittes Moment das für Auftreten oder Nichtauftreten der Dysbasia bei vorhandenen Gefässstörungen Ausschlag gebend sein kann ist die neurorespektive psychopatische Belastung der Kranken. Neuro- und Psychopaten empfinden schon geringe Schmerzen und bekommen Symptome die bei normal Veranlagten latent bleiben und keine Erscheinungen machen.

Dr. Holst: Obschon ich nicht der Meinung bin dass jeder Fall von Dysbasia angiosklerotica mechanischen Ursachen seine Entstehung verdankt erscheint es mir doch wünschenswert dass in jedem einzelnen Falle dieses Symptomenkomplexes nicht nur aus theoretischen sondern auch aus rein praktischen Gründen nach einem eventuellen grob mechanischen Faktor gefahndet würde, da durch dessen Entfernung dem Kranken unter Umständen mehr genützt werden kann als durch alle sonstige Therapie. Weder durch Zuhülfenahme der persönlichen oder Racedisposition noch durch das Heranziehn der toxischen Faktoren wird sich jeder Fall befriedigend erklären lassen. Fast scheint es mir als ob in unsern Provinzen noch nicht genügend mit dem Vorkommen dieses Leidens gerechnet würde und dass durch die Verkennung dem Kranken zu einer Zeit geschadet wird wo die sachgemässe Behandlung ihm noch viel Nutzen stiften könnte indem man den vermeintlichen Rheumatismus oder die Neuralgie zu energischen hydroterapeutischen Massregeln unterwirft oder die Kranken trotz der Schmerzen gründlich gehen lässt. Durch die Eigenart der beim Gehn auftretenden Schmerzen wird einem die richtige Diagnose bereits sehr nah gelegt.

Dr. Sokolowski: Da der Tabaksgenuss im Zusammenhang mit der Dysb. ang. genannt worden ist möchte ich zur Vermehrung des Materials anführen dass alle Patienten die mir zugänglich wurden starke Raucher waren bis auf eine Frau, die aber trank.

4. Dr. O. Brehm hält seinen Vortrag: «Zur Frage der Medullaranaesthesie».

Diskussion:

Dr. Sintenis: Der Hauptkonkurrent der Rückenmarksanästhesie, die Mitzelsche Aethertropfmethode hat eine Mortalität von 1:3000—5000. Dagegen ist die bisherige Mortalität beim Stovain sehr hoch. Bei dekrepiden Nierenkranken soll die Medullaranaesthesie besser ertragen werden? Worauf stützt sich diese Annahme?

Die Kollapse bei Medullaranaesthesie sind gelegentlich tötlich. Ferner ist Sepsisgefahr bei der Injektion vorhanden. Mir scheint die beste Aussicht die englische Methode der ärztlichen Narkosespezialisten zu gewähren.

Dr. v. Engelmann: Für die urologische Chirurgie ist die Med.-anaesthesie als wesentlicher Fortschritt zu begrüssen, der einerseits namentlich bei der Operation der Prostatahypertrophie, wo es sich vielfach um gebrechliche alte Leute handelt, ferner aber auch bei manchen Operationen wie z. B. der Lithotripsie zur Geltung kommt, wo die Medullaranaesthesie für vollständige Ausschaltung der Blasenfunktion bürgt, was sonst nur bei tiefster Chloroformnarkose zu erreichen ist. Ich habe die Medullaranaesthesie mit Stovain in 25 Fällen ausgeführt, in 2 Fällen versagte die anästhesierende Wirkung vollkommen, in 3 Fällen trat nur Herabsetzung der Sensibilität ein, in zwei war nur sensible nicht motorische Lähmung zu Stande gekommen. Zweimal traten leichte Kollapssymptome auf, die nach Kampfer schwanden. Ueble Nachwirkungen wurden nicht beobachtet abgesehn von zweitägigen Kopfschmerzen in drei Fällen. Was die Misserfolge betrifft, so wird sich wohl die Notwendigkeit ergeben genauer die Kontraindikationen festzustellen. Ob der von Dr. Brehm angeführte Todesfall der Stovaininjektion zur Last fällt erscheint mir zweifelhaft. Im Königschen Fall handelte es sich um einen schweren Sturz mit wahrscheinlicher Verletzung des Rückenmarks. In solchen und in septischen Fällen dürfte die Medullaranästhesie nicht verwandt werden.

Dr. Brehm: Die von Dr. Sintenis angezogne Gefahr der Injektion bei der Punktion kommt nicht in Betracht, da unter den bisher publizierten reichlich 10.000 Fällen keine Infektion mitgeteilt worden ist, selbst wo man ungekochte Lösungen benutzte. Den Versager des Herrn Dr. Engelmann führe ich auf das Kochen des Kokains zurück, da Kokain das Kochen nicht verträgt. Dr. Engelmann führte als Vorzug an dass bei Lithotripsieen die Blase nicht reagiere. Das bezieht sich auch auf die Mastdarmlähmung z. B. bei inkarzerierten Hernieen. Früher erwarteten wir bei dem Herniotomierten den Stuhl nicht vor dem dritten Tage nach der Operation, bei Stovain geht er oft auf dem Operationstisch ab. In zwei Fällen gingen sogar die Hernien nach der Injektion prompt zurück, während eine warme Wanne nichts gegen sie vermocht hatte. Krönig ist durch das Teilnehmen des Kranken an der Operation gestört worden, bei uns war das nie der Fall, sie lagen teilnahmlos da.

Prof. Dehio macht darauf aufmerksam, dass Slajner in einer Reihe von 1200 Fällen bei Tropokokainanästhesie Lungenaffektionen ebenso häufig gesehen hat, wie früher bei Inhalationsnarkosen. Dass das Stovain, bei Injektion ins untere Ende des Rückenmarkkanals zuweilen schädliche Wirkungen aufs Gehirn ausüben kann, wird dadurch bewiesen, dass Slajner epileptiforme Anfälle und Röder in zwei Fällen Abducenslähmung nach Stovain-Epirenan auftreten sahen.

Dr. v. Bergmann: Erst lange Beobachtungsreihen berechtigen zu abschliessendem Urteil, beim Stovain fehlen diese noch einstweilen. Zunächst können jedenfalls eine Anzahl Nebenerscheinungen vorkommen, namentlich von Seiten des Respirationstraktus, die nicht dieser Art Narkose zu Last gelegt werden dürften. Erfahrungsgemäss hat die Allgemeinnarkose für eine gewisse Kategorie von Fällen, wie Herzleiden, Nierenleiden, Lungenleiden, eine sehr schlechte Prognose. In solchen Fällen setzt man die Patienten entschieden geringeren Gefahren aus wenn man Stovain anwendet.

Dr. Bornhaupt: Es ist wichtig, dass die Unglücksfälle bei der Medullaranaesthesie mitgeteilt und besprochen werden, doch darf man die Fälle nicht vergessen, in denen diese Narkose die Kräfte der Kranken in wunderbarer Weise schont und dadurch chirurgische Eingriffe auch an geschwächten Kranken möglich macht. Die gelegentlichen Misserfolge mögen teilweise noch durch technische Schwierigkeiten bedingt sein. Einen plötzlichen Tod bei Beckenhochlagerung eines fettleibigen Patienten habe ich auch bei einer Chloroformnarkose gesehen, Fettleibige scheinen Beckenhochlagerung auch ohne Medullaranaesthesie schlecht zu vertragen. Die Versager bei der Einspritzung können m. E. auch durch eine zu lange Hohlspitze der Nadel bedingt sein. Weitere Erfahrungen werden genauere Indikationen ermöglichen.

Dr. Sokolowski: Es macht den Eindruck als hätten die bisherigen Misserfolge mit dem Verfahren und die mit ihm verknüpften Gefahren manche Aerzte von vornherein kopfscheu gemacht. Um die Worte des Vortragenden zu benutzen, möchte ich mit Nachdruck betonen wie sehr *die* Frage noch «in den Kinderschuhen steckt». Dr. Brehm selbst hob beredt alle Gefahren hervor und mit viel Recht betonte Dr. Sintenis wie sehr noch die alten Narkosearten der Vervollkommung bedürfen. Wieviel mehr muss man mit ihr bei der neuen Methode rechnen. Mir scheint, sie verspricht viel, nur kommt noch viel auf Technik und Auswahl der Fälle an. Ich hoffe, dass mit der Zeit auch an höheren Körperteilen die Lumbalanaesthesie bei tiefliegendem Kopf anwendbar werden wird, wenn auch die bisherigen Versuche jedesmal Oculomotoriuslähmungen, vorübergehende, aber auch bleibende im Gefolge hatten.

Dr. Mickwitz: Als Assistent der Revaler Privatklinik habe ich 15 Stovainanaesthesien erlebt. In zwei Fällen traten bei diesen wohl motorische, aber keine sensible Lähmung ein. In einem Falle trat eine halbstündige Atemlähmung ein, welche durch künstliche Atmung glücklich behoben werden konnte.

Die meisten Patienten erbrachen stark während der Operation, der Puls wurde häufig kleiner und es mussten Excitantia angewandt werden.

Mich der Proposition von Dr. Sintenis anschliessend, glaube ich, dass es sehr wünschenswert wäre, Spezialisten für Narkose auszubilden. Die Narkose ist ein so subtiles Gebiet, dass nicht jeder Arzt die Narkose machen dürfte. Wenn spezielle Narkotiseure existierten, liesse sich die Gefahr der Narkose auf 0, zum Mindesten auf ein Minimum herabdrücken.

Dr. Knorre hat selbst bisher noch nicht die Lumbalanaesthesie angewandt. Hiermit will er die Wichtigkeit und Anwendbarkeit derselben nicht negieren, sondern nur ausdrücken, dass er sich abwartend verhält, weil diese Art Anaesthesierung noch neu und von Kroenig in ihrer Anwendbarkeit in der operativen Gynaekologie eben erst studiert wird. Mit Genugtuung konstatiert er den Standpunkt der Kollegen v. Brehm und Bornhaupt, welche vor einer Verallgemeinerung, vor einer Substituierung der Lumbalanaesthesie für die Chloroformnarkose resp. Aethernarkose warnen, und sie nur für Fälle reserviert wissen wollen, wo aus bestimmten Gründen erstere nicht anwendbar sind.

Dr. Knorre hat bisher keinen Grund gehabt, die Chloroform resp. Aethernarkose zu perhorrescieren. Er hat bisher während seiner ganzen Tätigkeit als Operateur, keinen Exitus auf dem Operationstisch zu beklagen gehabt, was er damit in Zusammenhang bringt, dass er 1) seit bald 10 Jahren stets mit demselben Narkotiseuren arbeitet, der selbst Nichtoperateur sich um den Gang und die einzelnen Phasen der Operation nur in so weit kümmert, als es ihm für die Leitung der Narkose zu wissen von Wichtigkeit ist 2) dass, bei dem verhältnismässig kleineren Material, das eine Privatklinik aufzuweisen hat, ihm die Möglichkeit gegeben ist, sich mit jedem einzelnen Kranken schon vor der Operation genau bekannt zu machen und durch eine geeignete Vorbereitung mit Digitalis, Coffein etc. übeln Zufällen eher vorzubeugen 3) darin, dass sein Material fast ausschliesslich aus Frauen besteht, unter denen man ja Alkoholiker, schwere Sklerotiker seltener als unter Männern trifft und die bekanntlich sich leichter narkotisieren lassen, 4) darin, dass er nach Möglichkeit eine Chloroform-Aethermischung anwendet resp. durch vorherige Morphiuminjektion den Eintritt der tiefen Narkose schon bei geringeren Chloroform resp. Chloroform-Aethergaben erreicht.

Dr. Keilmann ist der Ansicht, dass in gynaekologischen Fällen die komplizierenden Krankheiten, die eine allgemeine Narkose nicht zulässig erscheinen lassen, relativ selten sind, da der Behandlung weitaus am meisten jüngere Frauen sich unterziehen müssen und ausser der Anaemie nur selten komplizierende Folgen des gynaekologischen Leidens die Chloroformnarkose erschweren. Solange ausserdem die Beckenhochlagerung nicht bedingungslos bei gynaekologischen Laparotomien angewandt werden darf — trotz medullärer Anaesthesie, werden sich die Gynaekologen schwerlich entschliessen in allen Fällen den Vorteilen der medullären Anaesthesie die für die technische Durchführung der Laparotomie so wichtige Lagerung zu opfern.

Im Gebiete der Geburtshilfe liegt vollends kein Bedürfnis nach einem besseren Narkotisierungsmittel, als Chloroform, vor. Wodurch auch eine Narkose bei Kreissenden indiziert sein mag, stets lässt sich feststellen, dass gerade Kreissende das Chloroform gut vertragen, meist ohne nacher unter dem Erbrechen oder irgendwelchem Unwohlsein zu leiden. Mit Fug und Recht würden wir daher bei Kreissenden der Anwendung des Chloroforms treu bleiben und damit zugleich dem Geburtshelfer Simpson, der bekanntlich zuerst das Chloroform angewandt hat, Pietät bewahren können.

Dr. Engelmann: In Bezug auf das Alter habe ich bei meinen Fällen keinen Unterschied zwischen den älteren und jüngeren Individuen konstatieren können, was den Verlauf und die Nachwirkungen der Medulläranaesthesie betrifft. Dass ältere Individuen dieselbe tatsächlich besser vertragen, als Chloroform, scheint noch nicht genügend bewiesen.

Dr. Raue fragt, warum bei einem Zusatze von Adrenalin die Lösung nicht gekocht werden kann, da doch z. B. eine Suprareninlösung das Kochen sehr gut verträgt, ohne ihre Wirkung zu verlieren. Da man sich doch nicht immer auf die Reinheit der Adrenalinlösung verlassen kann, so liegt die Möglichkeit vor, dass man mitunter schwere Infektionskeime in den Rückenmarkskanal bei der Injektion bringen kann.

Dr. Brehm: Die günstige Wirkung des Adrenalins beruht auf der durch dasselbe bedingten Gefässverengerung und Verlangsamung der Resorption, das Stovain wirkt mithin länger und nachdrücklicher ein.

(Schluss folgt.)

Tagesnachrichten.

Personalia.

— Am 11. Mai vollendeten sich 60 Jahre, seit der ehemalige Professor der Pharmazie an der militär-medizinischen Akademie, wirkl. Geheimrat Julius Trapp, den Grad eines Magisters der Pharmazie erlangte. Der Jubilar steht gegenwärtig in seinem 93. Lebensjahre.

— Der Gehülfe des Archangelschen Gouvernements-Medizinalinspektors, Staatsrat Dr. Rudski, ist zum Archangelschen Gouvernements-Medizinalinspektor ernannt worden.

— Der ausserordentliche Professor der pathologischen Anatomie an der Charkower Universität Dr. N. Melnikow-Raswedenkow ist zum ordentlichen Professor auf diesem Lehrstuhl ernannt worden.

— Der Privatdozent der Moskauer Universität Dr. Alexinski ist zum ausserordentlichen Professor der genannten Universität auf dem Lehrstuhl der chirurgischen Pathologie ernannt worden.

— Der Oberarzt des Hofhospitals in Zarskoje Sselo, wirkl. Staatsrat Dr. Dantschitsch ist auf seine Bitte krankheitshalber verabschiedet worden. D. hat im vorigen Jahre sein 70. Lebensjahr überschritten und seit 1859 die ärztliche Praxis ausgeübt.

— Ordensverleihungen: Der St. Wladimirorden IV. Klasse mit Schwertern — dem beratenden Mitgliede des militär-medizinischen gelehrten Komitees, wirkl. Staatsrat Dr. Robert Wreden; dem Oberarzt des Alexandropolschen örtlichen Lazaretts, wirkl. Staatsrat Dr. Georg Bahr und dem jüngeren Arzt des Wolhynischen Leibgarderegiments Dr. Nikolai Pomeranzew.

— Der Arzt für besondere Aufträge V. Klasse bei der Militär-medizinischen Bezirksverwaltung des kaukasischen Militärbezirks, wirkl. Staatsrat Dr. Wladimir Skilinski, ist zum Gehülfen des Militär-Medizinalinspektors dieses Bezirks ernannt worden. Sein Nachfolger auf dem Posten eines Arztes für besondere Aufträge V. Klasse ist der bisherige Divisionsarzt der 1. kaukasischen Kosakendivision, wirkl. Staatsrat Dr. Arkadius Ssacharow geworden.

— Professor v. Leyden wird, wie verlautet, nach seinem Rücktritt von der Direktion der ersten medizinischen Klinik in der Charite sich ganz der Leitung des Instituts für Krebsforschung widmen. In unterrichteten ärztlichen Kreisen nahm man an, dass der aus der Leydenschen Schule hervorgegangene Kliniker Prof. Goldscheider, derzeitiger Leiter des Virchow-Krankenhauses zum Nachfolger Leydens ausersehen sei. Neuerdings wird jedoch aus Berlin gemeldet, dass der Professor ord. und Direktor der 2. medizinischen Klinik in München Dr. Friedrich Müller, ein früherer Assistent Prof. Gerhardts in Würzburg und Berlin, bereits einen Ruf an die Berliner Universität als Nachfolger Leydens erhalten habe.

Nekrologe:

Verstorben sind: 1) In Irkutsk der Gefängnissarzt Dr. Sosten Tyshnow im Alter von 50 Jahren. Obschon der Verstorbene seit 1885 als beliebter Arzt in Irkutsk tätig gewesen ist, so hat er doch seine Familie ganz mittellos hinterlassen. 2) In Berlin der Moskauer freipraktizierende Arzt Dr. Simeon Belitz-Heymann im 43. Lebensjahre. Die Venia practicandi hatte er im Jahre 1888 erlangt. 3) In Kaluschin (Gouv. Warschau) der dortige Arzt Lucin Marecki im 31. Lebensjahre nach kaum 5-jähriger ärztlicher Tätigkeit. 4) In Berlin der durch seine Krebsforschungen bekannte Chirurg Professor Dr. Max Schüller nach dreimonatiger Krankheit an Magenkrebs im 64. Lebensjahre. Es ist anzunehmen, dass er sich bei seinen Forschungen, bei der Züchtung von Reinkulturen oder bei der Behandlung krebskranker Patienten infiziert hat. Wie erzählt wird, hat Schüller die Krebsreinkulturen, deren Gedeihen von gleichmässiger Blutwärme abhängig war, in einem Gürtel mit Taschen, in denen die Reagensgläschen mit den Kulturen Platz fanden, auf dem blossen Leibe getragen; dabei war eines der zarten Gläschen zerbrochen, seine Splitter ritzten die Haut und der todbringende Inhalt infizierte den Körper. Trotz gründlicher Reinigung und Ausbrennens der Wunde entstand die charakteristische Krebsgeschwulst und in kurzer Zeit war der kräftige, gesunde Mann ein unheilbar Schwerkranker geworden. Prof. Schüller unterhielt in Berlin eine Privatklinik und war seit 1883 ausserdem Privatdozent an der Berliner Universität, nachdem er vorher mehrere Jahre an der Universität Greifswald Vorlesungen über Chirurgie gehalten hatte. Von seinen grösseren Publikationen wären seine «Pathologie und Therapie der Gelenkentzündungen» und der Abschnitt über Kehlkopfoperationen in der «Deutschen Chirurgie» zu nennen. 5) In London Sir Joseph Fayrer, Präsident der Medical Board der India Office, im Alter von 82 Jahren. Der Hingeschiedene, welcher früher viele Jahre im aktiven Sanitätsdienst in Indien gestanden und auch als Professor der Chirurgie am bengalischen Medical College gewirkt hatte, bevor er die zuletzt von ihm bekleidete Stellung in London übernahm, hat sich grosse Verdienste um die Erforschung der Tropenkrankheiten erworben. 6) In Stuttgart der bekannte Neurologe Sanitätsrat Dr. Herm. Wildermuth im 56. Lebensjahre. Er war Vorstand der inneren Abteilung des Ludwigspitals und Inhaber und Leiter des Sanatoriums für Nervenkranke «Ottilienhaus» in Stuttgart.

Von Universitäten und med. Instituten.

— Das Gesuch der Moskauer Universität, ihr zu gestatten, Frauen nicht nur als Zuhörerinnen, sondern auch in die Zahl der immatrikulierten Studenten aufzunehmen, hat der Minister der Volksaufklärung abschlägig beschieden, da diese Frage nur auf legislativem Wege entschieden werden könne. (R. Wr.).

— Das Ministerium der Volksaufklärung hat gestattet, bei den höheren weiblichen Kursen in Kiew eine medizinische Abteilung einzurichten, jedoch nur unter der Bedingung, dass die erforderlichen Laboratorien, das Anatomicum und die übrigen wissenschaftlichen Kabinette beschafft werden. Die Kliniken sollen in dem vom Kollegium der allgemeinen Fürsorge unterhaltenen Kyrillkrankenhause eröffnet werden. Vor Kurzem haben nun, wie dem «R. Wratsch» aus Kiew mitgeteilt wird, 11 Professoren der dortigen medizinischen Fakultät aus ihrer Mitte den pädagogischen Konseil und das wirtschaftliche Komitee für die zu eröffnende weibliche medizinische Abteilung gewählt. Zum Präses des pädagogischen Komitees wurde Prof. A. Muratow und in den Bestand des wirtschaftlichen Komitees wurden die Professoren Wyssokowitsch, Lindemann und Tomaszewski gewählt. Die Kollegiengelder sind auf 150 Rbl. jährlich festgesetzt. Da die Mittel der neuen Abteilung äusserst beschränkt sind, so werden die Professoren in der ersten Zeit wohl unentgeltlich dozieren müssen. — Nach den vom Minister der Volksaufklärung erlassenen Bestimmungen ist diese weibliche medizinische Abteilung der Kiewschen höheren weiblichen Kurse eine private Lehranstalt, deren Zöglinge keinerlei Sonderrechte geniessen. Bei der Aufnahme dürfen die Aspirantinnen nicht weniger als 18 Jahre alt sein und müssen eine 8-klassige Schule mit Gymnasialbildung absolviert haben. Der Kursus umfasst 10 Semester. Nach Absolvierung des Kursus und bestandener Schlussprüfung erhalten die Absolventinnen vom pädagogischen Konseil ein Zeugnis, welches jedoch weder zur Führung des ärztlichen Titels noch zur Ausübung der ärztlichen Praxis berechtigt.

— Zur Wiederbesetzung des durch das Ableben Dr. Gabritschewskis erledigten Postens des Leiters des bakteriologischen Instituts der Moskauer Universität ist ein Konkurs ausgeschrieben worden. Die betreffenden Gesuche sind bis zum 1. September d. J. bei der Universität einzureichen.

Standesangelegenheiten.

— Nichtbestätigung eines Arztes. Der Stadthauptmann von Odessa hat die Bestätigung des von dem Odessaer Stadthaupt für den Posten des Prosektorgehülfen an dem neuen Stadthospital vorgestellten Arztes M. J. Kahan mit der Motivierung verweigert, dass in einer grossen Universitätsstadt, wie Odessa, dieser Posten mit einer Person, die einen höheren wissenschaftlichen Grad besitzt, auf dem Wege des Konkurses besetzt werden könne.

— Als politisch verdächtig sind in der letzten Zeit verhaftet worden: am 2. Juni in St. Petersburg der Arzt Leib Weingerow, ausseretatmässiger Assistent an dem klinischen Institut der Grossfürstin Helene Pawlowna; am 5. Juni in Ligowo (13 Werst von Petersburg) die Aerztin Wera Falkner; in Tiraspol der Landschaftsarzt Konstantin Spjewatschewski.

— Die Aerzte von Baku verlassen einer nach dem andern diesen Ort, da die muselmännische Bevölkerung immer feindseliger gegen sie auftritt. Neuerdings hat sich der Direktor des dortigen Stadthospitals Dr. Halperin kaum durch die Flucht ins Ausland vor der Rache der Eingeborenen retten können. Sie hatten in einer Nacht bereits das Hospital umstellt, um an Dr. Halperin aus irgend einem Grunde Rache zu nehmen. Glücklicherweise konnte aber Dr. Halperin durch einen geheimen Ausgang das Hospital verlassen und noch in derselben Nacht ins Ausland abreisen. Beinahe wäre der zu dieser Zeit aus dem Haupteingange des Hospitals heraustretende Arzt Dr. Karl Darjewitsch (ein aus Libau stammender ehemaliger Jünger der Dorpater Universität), der für Halperin gehalten wurde, ein Opfer der muselmännischen Rachsucht geworden, wenn nicht sein mit ihm gehender Diener den Irrtum verhütet hätte.

— Als Kuratoren der Dr. Karl Berg-Stiftung zur Unterstützung von Wittwen und Waisen estländischer Aerzte sind vom Estländischen Gouverneur bestätigt worden: Dr. Oskar Hoeppener, Dr. E. Weiss und Dr. Paul Armsen; als Stellvertreter: Dr. W. Greiffenhagen, Dr. Alexander Kusmanow und Dr. Albert Haller. Revidenten der Stiftung sind die Doktoren Meder und Tannenbaum.

— Die Uniform der Militärzte soll, wie die «Birsh. Wed.» erfahren, verändert werden. Bei der neuen Uniform sollen die Kragen, Litzen und Mützenränder aus Sammet und die Aufschläge und Kanten himbeerfarben sein.

Vereins- und Kongressnachrichten.

— Die St. Petersburger oto-laryngolische Gesellschaft hat die Initiative ergriffen zur Einberufung des ersten allrussischen Kongresses der Spezialärzte für Ohren-, Nasen- und Halskrankheiten. Der Kongress soll zu Weihnachten 1908 in St. Petersburg stattfinden.

Verschiedene Mitteilungen.

— Die vom Zentralkomitee für das ärztliche Fortbildungswesen in Preussen für den 16./29. Juni geplante Trauerfeier für ihren bisherigen Vorsitzenden Prof. E. v. Bergmann im Kaiserin Friedrich-Hause in Berlin ist infolge mehrfach geäusserter Wünsche auf einen späteren Termin verschoben worden.

— Zur Pestgefahr. Die Allerhöchst eingesetzte Kommission zur Verhütung und Bekämpfung der Pest macht bekannt, dass seit dem 25. Mai in der Ansiedelung bei Astrachan keine neuen Pestfälle vorgekommen sind. Die Zernierung des Hofes, wo die Erkrankungen vorkommen, ist am 4. Juni aufgehoben worden, da eine genaue Untersuchung festgestellt hat, dass die Besorgnis einflössende Erkrankung eines Kosaken nicht pestverdächtig ist.

— Ein neues Mittel gegen Dysenterie. In einer der letzten Sitzungen der Pariser Akademie für Medizin teilten die Professoren Vaillers und Dopter mit, dass es ihnen gelungen sei, ein Serum zur wirksamen Bekämpfung der Dysenterie herzustellen. Von 243 Fällen, welche mit ihrem Serum behandelt wurden, sollen nur 10 einen tödlichen Ausgang gehabt haben. **Bf.**

— Die Gesamtzahl der Kranken in den Zivilhospitälern St. Petersburgs betrug am 19. Mai d. J. 11316 (19 wen. als in der Vorwoche), darunter 660 Typhus — (25 mehr), 902 Syphilis — (2 mehr), 356 Scharlach — (2 mehr), 226 Diphtherie — (4 wen.), 177 Masern — (7 wen.), und 21 Pockenkranke — (1 mehr als in der Vorw.).

— Die Gesamtzahl der Sterbefälle in St. Petersburg betrug in der Woche vom 12. bis zum 19. Mai d. J. im ganzen 849 (468 M., 381 W.), darunter an folgenden Krankheiten:

Typhus exanth. 1, Typhus abdom. 25, Febris recurrens 0, Typhus ohne Bestimmung der Form 2, Pocken 1, Masern 34, Scharlach 15, Diphtherie 23, Croup 0, Keuchhusten 7, Croupöse Lungenentzündung 45, Erysipelas 3, Grippe 11, Katarrhalische Lungenentzündung 101, Ruhr 0, Epidemische Meningitis 0, Akuter Gelenkrheumatismus 0, Parotitis epidemica 0, Rotzkrankheit 0, Anthrax 0, Hydrophobie 0, Puerperalfieber 1, Pyämie und Septicaemie 20, Tuberkulose der Lungen 100, Tuberkulose anderer Organe 30, Alkoholismus und Dilirium tremens 13, Lebensschwäche und Atrophia infantum 56, Marasmus senilis 20, Krankheiten des Verdauungskanals 79, Totgeborene 51.

Am 26. Mai d. J. betrug die Zahl der Kranken 11269 (57 wen. als in der Vorwoche.), darunter 638 Typhus — (22 wen.), 963 Syphilis — (61 mehr), 322 Scharlach — (34 wen.), 225 Diphtherie — (1 wen.), 170 Masern — (7 wen.) und 22 Pockenkranke (1 mehr als in der Vorw.)

— Die Gesamtzahl der Sterbefälle in St. Petersburg betrug in der Woche vom 20. bis zum 26. Mai d. J. im ganzen 887 (502 M., 385 W.), darunter an folgenden Krankheiten:

Typh. exanth. 1, Typh. abd. 20, Febris recurrens 0, Typhus ohne Bestimmung der Form 1, Pocken 2, Masern 60, Scharlach 27, Diphtherie 14, Croup 0, Keuchhusten 8, Croupöse Lungenentzündung 39, Erysipelas 6, Grippe 9, Katarrhalische Lungenentzündung 101, Ruhr 0, Epidemische Meningitis 0, Acuter Gelenkrheumatismus 0, Parotitis epidemica 0, Rotzkrankheit 0, Anthrax 0, Hydrophobie 0, Puerperalfieber 1, Pyämie und Septicaemie 8, Tuberculose der Lungen 94, Tuberculose anderer Organe 33, Alkoholismus und Delirium tremens 6, Lebensschwäche und Atrophia infantum 65, Marasmus senilis 18, Krankheiten der Verdauungsorgane 113, Totgeborene 54.

Adressen von Krankenpflegerinnen:

Frl. Pauline Winkel, Конногвардейскій переулокъ 4, кв. 2.

Herausgeber Dr. Rudolf Wanach. Buchdruckerei v. A. Wienecke Katharinenhofer Pr. № 15.

XXXII. JAHRGANG. ST. PETERSBURGER Neue Folge XXIV. Jahrg.

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Redaktion von

Prof. Dr. Karl Dehio. Dorpat.

Dr. Johannes Krannhals. Riga.

Dr. Rudolf Wanach. St. Petersburg.

Die „St. Petersburger Medizinische Wochenschrift" erscheint jeden Sonnabend.—Der Abonnementspreis ist in Russland 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr inkl. Postzustellung; in den anderen Ländern 20 Mark jährlich, 10 Mark halbjährlich. Der Insertionspreis für die 3mal gespaltene Zeile in Petit ist 20 Kop. oder 45 Pfen.—Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt. —Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.

Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate bittet man ausschliesslich an die Buchhandlung von K. L. Ricker in St. Petersburg, Newsky-Prospekt № 14, zu richten. — Manuskripte sowie alle auf die Redaktion bezüglichen Mitteilungen bittet man an den geschäftsführenden Redakteur Dr. R. Wanach in St. Petersburg, Petersb. Seite, Alexandrowski Pr. 6 zu richten. Sprechst. Dienstag, Donnerstag und Sonnabend 5—6.

№ 26 St. Petersburg, den 30. Juni (13. Juli). **1907.**

Ueber postfebrile „Hochnormaltemperaturen" bei Influenza.

Von

Dr. med. Richard Otto,
Dorpat.

Zu den diagnostischen Hilfsmitteln, wie sie der moderne Arzt tagtäglich verwendet, die er zu seinem ehernen Inventar zählt und ohne welche seine Tätigkeit heute undenkbar ist, gehört auch die Thermometrie. Sie ist nicht alt, nicht älter als 40 Jahre, denn erst Wunderlich ist es beschieden gewesen die Vorurteile dieser, wie man meinte, für den Kranken ebenso lästigen, wie zeitraubenden und überflüssigen Messung zu zerstreuen, indem er den Wert, die Aufgabe und die Technik derselben über allen Zweifel erhob. Der Zungenbelag und der beschleunigte Puls hatten nur einen bedingten Wert gehabt. Jetzt entschied das in die Axelhöhle eingebrachte Thermometer mit einer Praezision, die nichts zu wünschen übrig liess, vor allen Dingen über die Frage, ob der Patient Fieber hatte, oder nicht d. h. ob die in normalen Verhältnissen sich in physiologischen Grenzen bewegende Wärmeregulierung noch bestand, oder schon aus ihrem Gleichgewicht geraten war.

Diese Entscheidung musste von um so grösserer Bedeutung sein, als man mit ihr bei der Zehnteleinteilung der Grade des Celsiusthermometers selbst über die geringfügigsten Fieberbewegungen nicht mehr im Unklaren blieb. Abnorm und schon ins Bereich des beginnenden Fiebers gehörig, musste man Temperaturen von 38 und mehr Grad rechnen, während Alles, was unter 36° lag den Collapstemperaturen zufiel. Zwischen 36 und 38° C. lag somit die normale und annähernd normale Temperaturzone Wunderlichs, welche dieser Autor in die folg. 3 Abschnitte zerlegt, nämlich

in die subnormale Temperatur von 36—36,5
die gesichert normale war 36,6—37,4 und
die subfebrile Temperatur von 37,5—38°.

Diese Einteilung ist der Ausdruck einer Fülle von praktischen Erfahrungen; sie ist infolge dessen wichtig und nie ernstlich angefochten worden. Wir erkennen aus ihr, dass es nicht etwa einen plötzlichen Uebergang aus der Norm in das Fiebergebiet giebt, dass wir vielmehr mit einer gewissen Zone der Thermometerskala zu rechnen haben, innerhalb welcher sich die normalen und annähernd normalen Temperaturen abzuspielen pflegen. Aber eins ist zu beachten, es handelt sich dabei nicht um absolute sondern nur relative Werte, die je nach der Individualität bald um ein weniges höher, bald niedriger liegen, im äussersten Falle jedoch nie über die obere und untere Grenze hinausreichen werden.

Auch dem Kerne dieser Zone, der sog. gesichert normalen Temperatur von 36,6—37,4 kommt Bewegungsfreiheit zu. Innerhalb dieses Kernes spielen sich die Tagesschwankungen der normalen Eigenwärme ab. Ihr Morgens remittirender, Abends exacerbierender Charakter ist bekannt, aber ebenso gut wissen wir, dass die Breite auch dieser Tagesfluctuation individuell verschieden ist. Es giebt Personen, deren untere Normalgrenze bis in die subnormale Zone hinabreicht, deren obere kaum die Mitte der gesichert normalen Temperatur streift. Normaltemperaturen, die Morgens 36,2 oder 3, Abends 36,6 oder 7 betragen, sind sehr gewöhnlich und ebenso

ist die Tatsache bekannt, dass es Personen giebt, die schon mit 37,2, 3 oder 4 die ersten Symptome erhöhter Temperatur verraten.

Die zwischen 36,6 und 37,4 liegende Durchschnittstemperatur der normalen Eigenwärme beträgt 37,0. Es ist das derjenige Punkt der Thermometerscala, welchen wir mit dem bekannten roten Strich bezeichnet finden. Die gewöhnlichen Tagesschwankungen erreichen denselben oder liegen noch unterhalb dieser Grenze. Abendexacerbationen, die über diesen Punkt hinausgehen, müssen daher mit Vorsicht beurteilt werden, da sie in einzelnen Fällen schon als die ersten Fieberbewegungen gelten können. Namentlich aber wird das der Fall sein, wenn die Abendschwankung die Temperatur von 37,5 erreicht und die Rückschwankung nicht einmal unter den roten Strich von 37,0 zurücksinkt. Hier handelt es sich um eine auffallend kurze Kurve, die wir im Wunderlichschen Sinne mit dem Charakter der kontinuirlichen Hochnormalkurve bezeichnen können.

Diese zwischen 37 und 37,5 liegende geringfügige Tagesschwankung entspricht jedenfalls einem ungewöhnlichen Zustande des Organismus, der, obgleich noch im Bereiche der sog. normalen Temperaturbreite, schon als nicht physiologisch bezeichnet werden darf.

Dies wird rein praktisch durch zweierlei Gründe bewiesen:

1) Hat ein solcher Typus der Temperaturkurve, wo er zur Beobachtung kommt, nie früher bestanden.

2) Fühlt sich der Pat., — denn als solchen möchten wir ihn bezeichnen, — so lange er unter dem Einflusse solcher Temperaturen lebt, durchaus krank.

Die folgende Beobachtung wird diese Behauptung zur Veranschaulichung bringen; sie wird aber auch gleichzeitig ein Streiflicht auf die Entstehung solcher kontinuirlicher Hochnormaltemperaturen zu werfen geeignet sein.

T. H. 53 Jahr alt, von kräftiger Konstitution und immer gesund, ist seit 25 Jahren im Amt eines Webers.

Dieser Beruf verlangt zu verschiedenen Jahreszeiten eine sehr verschiedene Arbeitskraft. Im Sommer herrscht tiefer Friede, im Winter dagegen bedarf es aussergewöhnlicher Leistung. Mitten in der Arbeitsperiode erkrankte nun H. im Winter 1906 mit Frösteln und Fieber an der Influenza, konnte aber, da für keinen Ersatzmann gesorgt war, die Arbeit nicht unterbrechen. So arbeitete er denn, so krank wie er war und ohne Rücksicht auf seine Hinfälligkeit fort. Erst als das Fieber zu sinken begann und die Temperatur 37,7 erreicht hatte, zugleich aber das Gefühl totalen Zusammenbruchs über ihn kam, wurde der Pat., der sich jetzt meinem Rate anvertraute, zu wenigstens 3 Tagen Bettruhe gezwungen.

Nach Ablauf dieser Zeit war die Temperatur vom subfebrilen auf den Hochnormalcharakter gesunken. Jetzt liess sich der Pat. nicht mehr halten; er kehrte wiederum zur Arbeit zurück und hat dann noch einen vollen Monat lang, mit Ausnahme zweier unsicherer Messungen von 36,7 und 8 stets Hochnormaltemperaturen von 37—37,5 aufzuweisen gehabt.

Wer diese Beobachtung verfolgt, wird sich der Vorstellung nicht ganz verschliessen können, dass der im Uebrigen stets müde Patient, der aber sonst keine Krankheitssymptome verriet, in ausreichender Zeit der Erholung bald wieder auf das natürliche Temperaturniveau hätte kommen können, während er sich jetzt so zu sagen im Zustande einer fehlerhaften Einstellung seiner Körperwärme befand.

Aber um fiebrigkrank zu sein und sich dem entsprechend zu fühlen, bedarf es nicht erst der kontinuirlichen Hochnormaltemperaturen. Ich habe auch Fälle erlebt, in welchen solche Hochnormaltemperaturen von Rückschwankungen bis 36,7 unterbrochen wurden, ohne dass deshalb ein wesentlich anderes Bild im Zustande des Kranken hervorgerufen worden wäre. Dabei überwog immerhin die Zahl der über dem roten Strich verzeichneten Messungen die der Rückschwankungen um das 4-fache, ja es stellte sich in einem der gut kontrollierten Fälle das Verhältnis auf 4,25 : 1. Dieses unterschiedliche Moment fällt aber nicht in die Wagschale, da sich auch hier die Temperaturen bis auf 37,5 hinaufbewegen, ohne diese Grenze ins Subfebrile zu überschreiten.

Folgende Fälle, bei welchen die sorgfältigsten Messungen in 2, 3 ja 6-facher Kolonne vorgenommen wurden, werde das Gesagte illustrieren:

Fräulein A. C., 45 Jahre alt, Lehrerin einer Schule fühlt sich seit Ende Februar 1905 nicht mehr gesund; sie glaubt schon einige Zeit gefiebert zu haben, jedenfalls hat es sie bald heiss, bald kalt überlaufen und gegen Abend ist es selbst zu leichten Frostschauern gekommen. Trotzdem hat Pat. mit aller ihr zu Gebote stehenden Energie den Gedanken an ein Krankenlager niedergekämpft und die Reihe ihrer täglichen Lehrstunden erledigt. Als ich am 3. März Abends gerufen wurde, war die Temp. nicht höher als 37,8. Trotzdem handelte es sich um einen Zustand augenscheinlicher Erschöpfung welcher dringend der Bettruhe bedurfte. Eine Bronchitis oder irgend eine Organerkrankung lag nicht vor. Schon am andern Tage war die Neigung zum Fieber verschwunden, statt dessen verriet die Patientin — es wurde 3 Mal täglich gemessen — 14 Tage lang den vorzugsweisen Typus der Hochnormaltemperaturen. Erst nach Ablauf dieses Zeitraumes, in welchem es nur ausnahmsweise zu einer morgendlichen Rückschwankung kam, hatte man es wieder mit Temperaturen unterhalb des roten Striches zu tun.

Ein verwandtes Bild zeigt folgender Fall:

Fräulein A. M. 46 Jahre alt, bevor sie sich krank zu fühlen begann, durch die Revolutionsgefahr auf dem Lande viel Aufregungen durchlebt. Zudem war ihr die verantwortungsvolle Pflege eines epilept. Kindes zugefallen. Als es im September des vorigen Jahres nun dennoch auf dem Gute zu einer Brandstiftung gekommen war, hatte sich Frl. M. durch zu langes Verweilen im Freien einen Bronchialkatarrh zugezogen, den sie erst Anfang Nov. verlor. Um die Mitte dieses Monats erkrankt sie aufs Neue, diesmal mit Fieber; schon nach einigen Tagen waren hochgestellte Normaltemperaturen mit einzelnen Rückschwankungen im Gange, gegen welche sich sowohl Chinin wie Aspiringaben machtlos erwiesen. Auch die Bettruhe war nicht im Stande schnelle Abhilfe zu schaffen. Erst nach 3 Wochen waren die Temperaturen gefallen, worauf sich die Mattigkeit und Unlust und der unerquickliche Schlaf verloren, namentlich aber auch das Frösteln, das sich fast tagtäglich Mittags anzumelden pflegte.

Von den 6 Tagesmessungen, welche um 8 Uhr Morgens, dann um 11, 2, 5, 8 und 10 Uhr Abends von der Pat. vorgenommen wurden, war die 5 Uhr Kolonne die letzte, welche noch Grade von über 37 aufzuweisen hatte. Oder aber folgender Fall:

Frau Dr. A. L. 40 Jahre alt, von nervös zarter Konstitution, hat als Hausfrau und Mutter längere Zeit über ihre Kräfte geschafft und obgleich ihre Körperschwäche letzthin bereits in Schwindel und Ohnmachtsanwandlungen zu Tage trat, sich weder Beihilfe noch Ruhe gönnen wollen. Erst als Husten und Neigung zur Heiserkeit hinzukamen, hat Pat. spezialärztlichen Beistand gesucht.

Der laryng. und sonstige Befund, den ich am 26. April 1906 erhob, war kurz folgender:

Injektionsröte der Kehlkopfschleimhaut mit Ausnahme der normal weissen Stimmbänder; Rachenmucosa gereizt. Eine profuse Absonderung fehlt; ebenso rauhe Dysphonie, lokale Schmerzen oder gar eine Mitbeteiligung der Lungen. Hier und da vage Empfindungen v. r. in den oberen Intercostales.

Trotz dieser eigentlich geringfügigen Symptome werden dann und wann Reize ausgelöst, durch welche sich die Hustenstösse namentlich beim Sprechen zu förmlichen Anfällen steigern. Diagnose: Infektiöse Tracheobronchitis s. Influenza nostras. Die Eigenwärme beträgt 38,2. Aus diesem Grunde, wie in Rücksicht der Erschöpfung musste sich das Bettliegen empfehlen.

Unter Ruhe und entsprechender Behandlung ging das Fieber im Laufe einer Woche zurück; nicht so die postfebrilen Hochnormaltemperaturen, welche volle 4 Wochen dauerten und gleichfalls von vereinzelten Rückschwankungen unterbrochen waren.

Die kleine Kasuistik, die wir in aller Kürze zur Mitteilung gebracht haben, umfasst 4 Fälle von Influenzafieber und bezieht sich auf 1 Kranken männlichen und 3 weiblichen Geschlechts; sie liesse sich aber im Falle vorhandener Notizen vermehren. Alle 4 Personen gehörten dem 40. und 50. Lebensjahre an, obgleich uns auch Fälle jugendlicheren Alters in Erinnerung stehen. Was das Fieber betrifft, so zeigte es sich durchweg weder von excessiver Höhe noch Dauer, so dass der übereinstimmende Versuch vorlag, die Krankheit stehenden Fusses zu überwinden.

Dass die Dauer des Fiebers nicht genau festgestellt werden konnte, lag in der Natur der Sache. Alle Kranke gaben eine unbestimmte, nach Tagen einzuschätzende Zeitdauer an, während die darauf folgenden Hochnormaltemperaturen im Gegensatz hierzu 2, 3 ja 4 Wochen in Anspruch nahmen. Dabei spielte sich das Fieber 3 Mal als Influenza vera in regulär epidemischer Zeit ab, während es einmal bis in den Mai hinein culminierte und deshalb vielleicht eher als Influenza nostras bezeichnet zu werden verdient. Drei Fälle liessen übereinstimmend erkennen, dass das Influenzafieber in den Charakter hartnäckiger Hochnormaltemperaturen überging, sofern seine Mahnung geflissentlich überhört wurde; im 4. schien eine aufregungsreiche Zeit nicht ohne Einfluss zu sein.

Versuche zur medikamentösen Bekämpfung dieser anormalen und hartnäckigen Temperaturen misslangen. Noch am Besten schienen sich roborierende Chinindosen zu bewähren, entsprechend der in allen 4 Fällen zum Ausdruck gelangenden Hinfälligkeit und Erschöpfung.

Ueber die Frage, ob das in Rede stehende Fieber wirklich ein Influenzafieber war, kann uns. Erm. kein Zweifel bestehen. Wir sind zwar gewohnt, dass diese vielgestaltige Krankheit öfters genug aus ihrem Rahmen heraustritt oder gar den Beobachter im klinischen Gewande anderer schwerer Erkrankungen täuscht; eines aber steht fest, das typische Influenzafieber wird oft geradezu durch weniger ausgeprägte und deshalb diagnostisch unsichere Formen repräsentiert, welche erst nachträglich, dann aber um so einwandsfreier an der verzögerten Rekonvaleszenz und den Folgen des geschädigten Nervensystems erkannt werden.

Wenn man die Influenza mit Leichtenstern vom pathogenetischen Standpunkt betrachtet, so darf man 2 Gruppen unterscheiden, zu welchen einmal die reintoxischen, dann aber die toxisch entzündlichen Formen gehören. Während nun die zweite Gruppe alle ins Uebermass gesteigerten Symptome, nam. aber die entzündlichen Vorgänge im Respirat. und Digestionstractus in sich schliesst, so fallen der ersten Gruppe die unkomplizierten Formen zu und zwar:

1) „Das einfache Influenzafieber mit Temperatursteigerung auf Grund reiner Toxinwirkung".

2) „Die nervöse Form, in welcher das Zentrale Nervensysten der hauptsächlich leidende Teil ist" so dasss die Kopfschmerzen, die Neuralgien, die Schlaflosigkeit, kurz das Gros der nervösen Symptome bei Weitem das Fieber überwiegt.

Unter Berücksichtigung dieses Leichtensternschen Schemas werden wir die von uns besprochenen Fälle der einfach febrilen Influenza unterzuordnen haben mit der ausdrücklichen Betonung jener eigenartigen Schwankung in das Gebiet der Hochnormaltemperaturen, die vielleicht in eine gewisse Beziehung zur mehrtägigen, überanstrengenden Arbeit im Fieber gesetzt zu werden verdienen.

Dass Muskelanstrengungen temperaturerhöhende Wirkung haben können, ja dass schon Rekonvaleszenten, die zum ersten Male das Bett verlassen, mit dieser Möglichkeit zu rechnen haben, ist bekannt.

Auch hat Liebermeister schon in seiner Fieberlehre 1875 C. W. Vogel pag. 386 darauf hingewiesen, „dass manche Nachfieber nach Ablauf schwerer fieberhafter Krankheiten häufig im Anschluss einer ersten festen Nahrung, nach körperlichen und geistigen Anstrengungen und nach Gemütsbewegungen vorkommen können und dass ebenso sehr Fiebererscheinungen bei nervösen oder geschwächten Individuen zur Beobachtung kommen ohne jede bekannte Ursache oder nach Ursachen, bei denen wenigstens an eine Infektion nicht zu denken ist".

Da das Influenzafieber bakteriellen Ursprungs ist, so geraten die giftigen Proteine der Bakterien zunächst in das Blut und erzeugen hier durch Resorption das Fieber. Diese im Blute zirkulierenden Stoffe üben einen direkt toxischen Reiz auf das Wärmezentrum aus. Hierdurch ist die Regulierung der Wärmeproduktion und Wärmeabgabe gestört. Der Reiz trifft aber nicht allein das Gehirn, sondern das gesammte zentrale Nervensystem. Was hier an Toxinen zur Geltung kommt, ist, wie Leichtenstern sagt, nicht allein pyrogener sondern auch neurotischer Natur.

Es wird also von dem Uebergewicht der einen oder andern Giftwirkung im Allg. abhängen müssen, welche der beiden oben genannten Formen, das einfache Influenzafieber oder die nervöse Form sensa strictiori zur Entwickelung gelangt.

Nur so können jene seltsamen Extreme verstanden werden, welche von der einen Seite zur Hyperpyrese, von der andern zur völlig afebrilen, von vornherein mit Collapstemperaturen einhergehenden Erkrankung führen.

Was speziell unsere fieberhafte Form der Influenza betrifft, so können wir sagen:

Ist das Wärmezentrum einmal gereizt und das infektiöse Fieber mit seiner vorzugsweise pyrogenen Giftwirkung im Gange, so sind auch die Oxydationsvorgänge in der Muskelfaser krankhaft gesteigert. Und nun denke man sich noch das immerwährende Plus, das durch die aktive Muskelarbeit oder die vermehrten Ansprüche an das Gehirn und die verschiedenen parenchymatösen Organe gesetzt wird.

Es werden mithin, ausser einer Mehrleistung des krankhaft gesteigerten Stoffwechsels dem toxisch gereizten Wärmezentrum noch weitere Reize zugeführt. Kein Wunder, wenn nun das Zentrum, trotz der inzwischen geschaffenen Bettruhe und Pflege, noch nicht sobald in den normalen Zustand seiner physiol. Bestimmung zurückkehrt.

Der Endeffekt, den wir in den Hochnormaltemperaturen vor uns haben, bedeutet mithin wohl nichts Anderes, als eine noch nicht ganz zur Norm ausgeglichene Wärmeregulierung, die jedoch nicht mehr unter dem Einfluss der inzwischen ausgeschiedenen Toxine steht, sondern als der Ausdruck des in einem gewissen Grade noch materiell und funktionell geschädigten Regulierungszentrum selbst gesucht werden muss.

Daher auch die auffallend langwierige Rekonvaleszenz, die wie Leichtenstern treffend bemerkt, oft mit besonderer Schlaffheit und Abgeschlagenheit, körperlicher und geistiger Energielosigkeit, mit Verstimmung und Schlaflosigkeit einhergeht.

Indem ich unser heutiges Thema über die postfebrilen Hochnormaltemperaturen verlasse, möchte ich mir nur noch einen kurzen Exkurs in das differentialdiagnostische Gebiet der Tuberkulose und speziell in das ihrer larvierten Formen erlauben.

Es ist für Influenza charakteristisch, wenn jene zu hochgestellten Normaltemperaturen dem Fieberstadium zu folgen pflegen und nach einer gewissen Zeit in die Normalkurve übergehen. Gerade umgekehrt ist das Verhalten bei beginnender Tuberkulose.

Zuerst setzen die fraglichen Temperaturen schleichend ein; halten sich eine Zeit lang auf ähnlicher Höhe um sich dann endlich im offen deklarierten Fieber zu verlieren.

Wer sich der Mühe häufiger Messungen unterzieht, wird übrigens schon hier dem ersten Keime des für die Tuberkulose geltenden Typus der regellosen Temperaturschwankungen begegnen. Denn bald hier, bald da werden, wenn auch ganz vorübergehend, so doch sicher, Uebergriffe ins Subfebrile oder gar ins direkt fieberhafte Gebiet zu Stande kommen, während es für die ablaufende Influenza bezeichnend ist, dass sie an ihrer oberen Grenze, der Temperatur von 37,5 stets Halt macht.

Der pathogenetische Unterschied der beiderseitigen Temperaturen wird mithin einmal in der bereits abgelaufenen, das andere Mal in der erst beginnenden Infektion gesucht werden müssen.

Dorpat im Juni 1907.

Protokolle des XVIII. Aerztetages der Gesellschaft Livländischer Aerzte in Wolmar vom 20.—22. Aug. 1906.

2. Sitzung.

Montag, den 21. August, 10—1 Uhr Nachmittags.

(Schluss.)

5. Dr. L. Bornhaupt hält seinen Vortrag: «Ueber die Bauchschüsse im russisch-japanischen Kriege». (Der Vortrag erscheint im Archiv für klinische Chirurgie.)

Die perforierenden Bauchschüsse werden im Frieden mit Erfolg primär laparotomiert. Die Meinungen der Kriegschirurgen sind in dieser Frage geteilt. Sowohl die englischen als auch die deutschen Chirurgen sind nach dem transvaalschen Kriege gegen eine primäre Laparotomie aufgetreten. Eilert, Lühe, zum Teil Habast, Perthes und Hippel befürworten einen primären operativen Eingriff unter gewissen Umständen. Die Eigentümlichkeit der kleinkalibrigen Mantelkugel, die Bauchhöhle ohne eine Darmverletzung zu durchboren, wurde neben der Tatsache, dass auch eine durch das moderne Geschoss verursachte Darmverletzung bei konservativer Behandlung heilen kann, gegen die primäre Laparotomie ins Feld geführt. In dem von mir geleiteten Lazaret der Moskauer Iberischen Gemeinde des Roten Kreuzes sind 182 penetrierende Verletzungen des Abdomens beobachtet worden.

Darunter befinden sich 3 Bajonettstiche, 16 Schrapnelverletzungen, 1 Verwundung durch einen Granatsplitter und 162 Mantelkugelschüsse. Die 162 Fälle penetrierender Mantelkugelschüsse des Leibes lassen sich in vier Kategorieen einteilen.

Zu den ersten drei Kategorien gehören Fälle, die exspektativ behandelt wurden, die vierte Kategorie besteht aus operierten Fällen. Die erste Kategorie bilden 89 Bauchschüsse, die keinerlei Symptome von Seiten des Abdomens hervorgerufen hatten.

In die zweite Kategorie werden 13 Fälle zusammengefasst, in denen eine Resistenz im Abdomen nachzuweisen war, die bei konservativer Behandlung schwand.

17 Fälle der dritten Kategorie wiesen nachweisliche Verletzungen der Organe auf und endlich wurden 43 Fälle der vierten Kategorie entweder in den vorne gelegenen Lazaretten oder bei uns operiert. Es sind also 73,5 pCt. aller penetrierenden Bauchschüsse, die durch eine moderne Mantelkugel zu stande gekommen waren konservativ und nur 26,5 pCt. operativ behandelt worden.

Die konservativ behandelten penetrierenden Bauchschüsse ergaben eine Mortalität von 2,6 pCt.

Von den vorne operierten und evakuierten penetrierenden Mantelkugelschüssen des Abdomens starben 15 pCt.

Von den 26 in meinem Lazarett operierten Bauchschüssen sind 50 pCt. geheilt, die übrigen 13 Patienten sind gestorben.

In 50 pCt. der Fälle war der operative Eingriff im Rücken der Armee verspätet und die in den Leib Geschossenen starben an einer schon bestehenden Peritonitis oder Sepsis, besonders nach Kotabszessen, die mit der Pleura oder mit dem verletzten benachbarten Knochen kommunizierten. Auch versteckte Eiterherde, die fast symptomlos in der Bauchhöhle bestehen können, hatten in einigen Fällen zum Tode geführt. Abgekapselte, wenn auch ausgedehnte vereiterte Hämatome geben eine gute Prognose für den operativen Eingriff im Rücken der Armee. Die Mantelkugelschüsse die einen reichlichen Austritt von Magen-Darminhalt in die freie Bauchhöhle zur Folge haben, müssen in den vorne gelegenen Lazaretten erkannt und operiert werden. Circa 17—20 pCt. aller penetrierenden Mantelkugelschüsse des Abdomens, die vom Schlachtfelde in den Rücken der Armee zurückgeschickt waren, erforderten eine primäre Laparotomie.

Der Verbandplatz ist nicht der Ort für operative Eingriffe. Im zukünftigen Kriege müssen besonders ausgerüstete und mit einem geschulten Personal ausgestattete chirurgische Lazarette, wie es auch Hippel verlangt, vorgeschoben werden.

(Autoreferat.)

6. Dr. E. Schwarz hält seinen Vortrag: «Zerebrale Zustände nach Traumen».

Diskussion:

Dr. Holst: Herr Dr. Schwarz ist der vielumstrittenen traumatischen Neurose mit Erfolg zu Leibe gerückt und hat uns eben einen Teil der bisher zu ihr gezählten Fälle auf Grund seines grossen und wohl durchforschten Materials als organische Hirnläsionen auffassen gelehrt. Die Kollegen aber, denen neurologische Fragen ferner liegen, möchte ich daran erinnern, dass trotz vielfacher Anfeindungen von spezialistischer und nicht spezialistischer Seite am Vorkommen dieses Symptombildes nicht gut gezweifelt werden kann. Es bedarf aber nicht immer des mechanischen Faktors zu seiner Entstehung, sondern der Schreck oder die gespannte Erwartung können Zustände hervorbringen, die sich kaum von denen durch körperliche Traumen bedingten, unterscheiden.

So unterschied sich z. B. das Leiden eines Zugführers, *der* einem drohenden Zusammenprall seines Zuges mit einem entgegenkommenden hatte entgegensehen müssen, der aber durch Geistesgegenwart den Zusammenprall im letzten Moment noch hatte verhindern können, ohne physisch auch nur im geringsten verletzt zu werden, garnicht von den Formen anderer Lokomotivführer bei denen es bis zum Unfall gekommen war. Dabei handelte es sich um einen vorher geistig und nervös rüstigen Menschen bei dem eine psychische Prädisposition keineswegs bestanden hatte. Ueberhaupt scheint es mir untunlich die nervöse Disposition der Traumatiker besonders hoch zu veranschlagen, da mir immer wieder die plötzliche völlige Veränderung des bis zum Unfall kerngesunden Arbeiters von zuverlässiger Seite geschildert und von Obrigkeit resp. Arbeitgeber bestätigt worden ist. Durch Misstrauen provocieren wir Appravation, dafür wird aber schon anderweitig genügend gesorgt.

Dr. Sokolowski: Unter den Fällen, die kein körperliches Trauma davongetragen haben, sondern in einen krankhaften Zustand gerieten nach psychischem Schok befinden sich viele, die durchaus der Schonung bedürfen. Wie sich nachweisen lässt waren darunter nicht wenige, die jeglicher psychopatischer Veranlagung entbehrten. Manchmal handelte es sich nicht um einmaligen Schok sondern um Summationswirkung. Die Lumbalpunktion hat leider oft keinen Wert, da die Patienten in einem grossen Prozentsatz der Fälle viel zu spät in die Hände des Arztes gelangen, d. h. erst dann, wenn sie die betreffende Klage wegen Schadenersatz angestrengt haben und der Prozess wegen der eventuellen Zahlung bereits im Gange ist. Aber die klinischen Symptome sind in vielen Fällen dieselben wie bei körperlichen Kopftraumen. Demenz, Weinerlichkeit und Zwangsweinen wie bei manchen Erkrankungen des Zentralnervensystems, grosse Erregbarkeit der Hautvasomotoren (Dermographie) später Sehnervenatrophie und nach einigen Jahren Tod wie bei progr. Paralyse.

Dr. Schwarz: Dass das Symptomenbild bei den okkulten materiellen Läsionen der sog. traumatischen Neurosen oft ähnlich aussehe habe ich betont und gerade die Lumbalpunktion ins Feld geführt um in frühen Stadien zu zeigen, dass wir für viele Störungen eine materielle Störung des Hirns

annehmen müssen. Die Bilder unterscheiden sich aber grell namentlich im Anfang. Die Einen wollen arbeiten und werden im Krankenhaus besser, während die Neurotiker die nicht arbeiten wollen im Krankenhaus schlechter werden. Die Psychopathie ist freilich schwer nachweisbar. Der Zustand vor dem Unfall kann nur durch die Aussagen der Kranken selbst oder ihrer Umgebung festgestellt werden und wie falsch oft Urteile ausfallen, wenn man sich auf solche Daten stützt ist jedem subtilen Beobachter bekannt. Erst wenn ein brauchbares Material geschaffen, das durch Untersuchung vor Anstellung der Arbeiter gesammelt wurde, könnten wir uns ein sichereres Urteil bilden.

Prof. Dehio: Ich halte es für möglich, dass sich der Symptomenkomplex der sog. traumatischen Neurose an ein Kopftrauma ebenso gut anschliessen kann, wie an ein Trauma, das den übrigen Körper betroffen hat. Wenn daher durch die Untersuchung mittelst Lumbalpunktion festgestellt werden kann, dass die Erscheinungen der s. g. Commotio cerebri häufiger als bisher auch angenommen wurde durch anatomisch nachweisbare Läsionen des Gehirns hervorgerufen werden, so lässt sich doch annehmen, dass die Erscheinungen der traumatischen Neurose, welche nach der Ausheilung der anatomisch nachweisbaren Hirnläsion nachbleiben auf demselben Wege entstehen, auf dem dieselben Symptome auch nach einer schweren Kontusion, etwa des Brustkorbes oder der Oberschenkels entstehen würden.

Dr. Schwarz: Ich habe nicht die Existenz der traumatischen Neurose geleugnet, sondern nur zeigen wollen, dass die Krankheitsfälle oft falsch aufgefasst werden und dass die traumatische Neurose durch meine Beobachtungen stark eingeschränkt wird.

Psychische Traumen treffen uns alle, doch dauernde und schwerwiegende Krankheitszustände kommen nur bei Psychopathen zu Stande.

Es lassen sich nächst den materiellen Läsionen nach Traumen Zustände beobachten, in denen materielle Symptome und die der sog. traumatischen Neurose an einem und demselben Individuum gemischt auftreten.

Schliesslich Fälle, die mit sog. traumatischer Neurose behaftet sind nach anscheinend geringen materiellen oder rein psychischen Traumen. Diese kommen, wie mir scheint, nur auf psychopathischem Boden vor, sie zeigen immer ein Missverhältnis zwischen Ursache und Wirkung, ein gewaltiger Schock wirft auch einen kräftigen Mann um, doch sind die Traumen bei den Symptomenbildern der traumatischen Neurose meist keine gewaltigen gewesen.

7. Das Protokoll der Kassarevisionskommission wird verlesen. Pause.

8. Dr. E. Masing hält seinen Vortrag über «Paroxysmale Tachykardie».

Diskussion:

Dr. v. Hampeln: Die klinischen Erscheinungen der paroxysmalen Tachykardie drängen zu einer Deutung dieser eigenartigen Erscheinung, die durch neuere pulsanalytische Untersuchungen über Herzunregelmässigkeit Bestätigung zu finden scheinen. Einen Beitrag dazu hat der Vortragende in seinen interessanten Mitteilungen geliefert. Aus den klinischen Tatsachen schon sollte gefolgert werden, dass die paroxysmale Tachykardie zum Unterschied von der gewöhnlichen Tachykardie nicht extrakardialen Ursprungs, und myogener Natur ist. Dafür spricht vor allem die mächtige, durch Vaguslähmung und Sympaticus-Reizung meist nicht erklärliche Pulsbeschleunigung die in einem von ihm beobachteten Falle im Anfall 280 p. M. betrug. Das lässt sich aus einer Läsion der Herznerven und überhaupt aus irgend einer Aussenwirkung auf das Herz nicht erklären und drängt darum zur Annahme des intrakardialen, und myogenen Ursprungs der Tachykardie. Ihm persönlich scheint diese am besten erklärt durch die ja auch schon vertretene Annahme dass in der eigentümlichen «refraktionären Funktion» des Herzmuskels und ihrem anfallsweisen Versagen die Ursache des tachykardischen Anfalls zu erblicken ist. Mit dem Fortfall dieses Hemmungs- oder Regulierungsapparats erlangen die vom rechten Atrium ausgesandten beständigen Bewegungsreize das Uebergewicht und beherrschen eine Weile allein das Herz das nun wie ein seines Hemmschuhs beraubtes Rad dahinrast bis die Hemmung wieder einsetzt. Beides, Ausfall sowohl wie Hemmung, entsteht plötzlich und dadurch gewinnt der Anfall grosse Aehnlichkeit mit dem epileptischen Insult, eine Analogie die jedem Beobachter solcher Anfälle auffallen musste und nicht blos die Erscheinung sondern auch das Wesen der Sache zu betreffen scheint. In einem von ihm vor c. 20 Jahren beobachteten sehr charakteristischen Fall dieser Art, der übrigens von Martius fälschlich der auf primärer Herzdilatation beruhenden Tachykardie zugezählt worden ist, — lag höchst wahrscheinlich, eine perikardiale Synechie, entstanden nach einer schweren rheumatischen Perikarditis, als Hauptursache der tachykardischen Anfälle vor. Er denke sich, dass diese Synechie an ungünstiger Stelle liegend, wie das ja auch bei Narben in Beziehung zum epileptischen Insult beobachtet worden ist, einen beständigen Reiz auf den Herzmuskel ausübte, der gelegentlich den Ausfall der eigenartigen «refraktionären Funktion» herbeiführte. Diese Anfälle traten 8 Jahre nach dem Gelenkrheumatismus auf und dauerten 7 Jahre, hörten dann nach einer schweren Nacht, in der Patient das Gefühl des Zerrens und Reissens hatte plötzlich auf und sind seitdem, also in 20 Jahren, bis zum heutigen Tage, nicht wiedergekehrt. Es bestehn die Zeichen gestörter, durch Digitalis korrigierter Kompensation bei sonst vorzüglichem Befinden. Ueberhaupt scheine der eigentliche, echt paroxysmal-tachykardische Anfall zum Unterschied von gewöhnlicher Tachykardie die vielleicht ganz andern Wesens ist, in Beziehung zu irgendwelchen anatomischen Herzläsionen zu stehn. Abgesehn von dem erwähnten Fall mit perikardialen Synechien habe er tachykardische Anfälle bei Klappenfehlern der Mitralis und Aorta, in einem Fall syphilitischer Pulmonalstenose, bei diabetischer Arteriosklerose und beim Aortenaneurysma beobachtet und ist ihr selber nie in allen diesen Jahren als einer rein nervösen Krankheitsform begegnet. Was die Prognose der Anfälle als solcher betrifft so scheint sie trotz der drohenden Gefahr dennoch eine günstige zu sein, eine Erfahrung die ihm sowohl wie den Betroffenen und ihren Angehörigen zur Beruhigung gereichte. Er habe nie einen Todesfall im Anfall erlebt.

Dr. Masing: In dem von Dr. Hampeln beschriebenen Fall liegt keine Sektion vor; das Bestehn von perikardialen Synechien ist also noch nicht sicher erwiesen. Ausserdem liegen allerdings nicht zahlreiche Sektionsergebnisse vor, darunter Fälle wo das Herz sich als ganz normal erwies; das spricht jedenfalls gegen die Ansicht die in path.-anatomischen Veränderungen des Herzens die Ursachen der Tachykardie sieht.

Prof. Dehio: Der Redner hat ausgeführt dass wir wohl das volle Recht haben die paroxysmale Tachykardie als eine Erkrankung kardialen Ursprungs anzusehn, die stets eine Veränderung des Herzens selbst voraussetzt. Diese Veränderung des Herzens aber dürfte nur die Prädisposition für tachykardische Anfälle abgeben, für die Entstehung des einzelnen tachykardischen Anfalls selbst muss aber noch eine den Anfall direkt hervorrufende auslösende Ursache angenommen werden. Diese auslösende Ursache sucht Redner in Reizen die im zentralen Nervensystem entstehn und auf den Bahnen des Vagus und Sympaticus dem Herzen zufliessen und letzterer zur tachykardischen Schlagfolge veranlassen. Diese Annahme ist sehr wohl vereinbar mit der Kreis'schen und Hoffmannschen Erklärung der dem tachykardischen Anfall zu Grunde liegenden Mechanismus der überfrequenten Herzkontraktionen.

Dr. Pacht berichtet über einen Fall von p. T. bei welchem das Krankheitsbild ganz des Auffassung des Herrn Prof. Dehio entspricht. Es handelt sich um eine Patientin bei welcher wegen Morbus Basedowii die Strumaoperation gemacht worden war. Bei derselben traten nach psychischer Erregung oder körperlicher Anstrengung tachykardische Anfälle von wenigen Minuten Dauer auf, bei denen der Puls regelmässig aufs doppelte von 80—85 auf 160—170 stieg. Die Anfälle wiederholten sich in kurzen Pausen; Ref. beobachtete einmal in 15 Min. 3 Anfälle. Medikamente bleiben wirkungslos und nur durch absolute Ruhe konnte eine Besserung, die sich im Seltenerwerden der Anfälle dokumentierte erzielt werden.

Dr. v. Hampeln erwidert Dr. Masing dass er nicht so verstanden werden möchte als habe er perikardiale Synechien auch im Masingschen Falle für die Hauptursachen der paroxysmalen Tachykardie gehalten. Er halte diesen Zusammenhang nur in seinem eigenen Falle aus klinischen Gründen für einen höchst wahrscheinlichen und kaum anzuzweifelnden. Sonst mögen, wie im Masingschen Falle, auch andere Entstehungsgründe vorgelegen haben.

Dr. Sokolowski: Es wäre von Interesse zu erfahren ob die übrigen hier anwesenden Nervenärzte die Anschauung des Prof. Dehio in demselben Masse teilen müssen wie ich. Bei dem reichlichen Material das uns für die Beobachtung von beschleunigter Herztätigkeit zur Verfügung steht gelang es nie eine ausgesprochene anfallsweise Beschleunigung festzustellen, handelte es sich hierbei um chronische Intoxikationen durch Alkohol, Schilddrüsensekret oder um eine andere Provenienz der Tachykardie. Sobald aber ein anfallweiser Paroxysmus der Tachykardie beobachtet wurde, lag stets ein ausgesprochener Herzfehler vor. Vor einigen Nächten wurde Dr. v. Boetticher zu einer herzkranken Patientin in meiner Anstalt gerufen. Als ich ihn fragte wieviel

Pulse er während des eingetretenen Paroxysmus bei der Kranken gezählt habe, äusserte er es seien 180—200 von ihm gezählt worden, schliesslich habe er der Frequenz garnicht mehr folgen können. Analog dem von Dr. Pacht angeführten Fall hatten auch hier sämtliche Herzmittel versagt.

Dr. v. Boetticher: Bei der Patientin wurden Kampher, Coffein, Strophantus und Digitalis ganz ohne Wirkung angewandt; einige Erleichterung schafften Eisbeutel und Hochlage. Der Anfall dauerte 2½ Stunden.

Dr. v. Hampeln: Als Ergebnis der heutigen Diskussion kann wohl die Auffassung angesehn werden dass in Extrasystolen, überhaupt in extrakardialen Vorgängen oder Zuständen das wesentliche des tachykardischen Anfalls nicht erblickt werden kann, ebenso wenig in einer primären Dilatation des Herzens. Vielmehr erscheint der tachykardische Anfall aus klinischen Gründen intrakardialer myogener Natur zu sein. Natürlich kann, wie das Dehio ausführt, durch auf den verschiedensten Bahnen dem Herzen zufliessende Reize verschiedensten Ursprungs der tachykardische Anfall ausgelöst werden. Es handelt sich dann aber nur um Gelegenheits- und Auslösungsursachen, im wesentlichen und im Grunde beruht der tachykardische Anfall auf einer Störung einer wichtigen Herzfunktion selber.

9. Dr. W. v. Holst hält seinen Vortrag: «Ueber den gegenwärtigen Stand der elektrolytischen Therapie».

Diskussion:

Dr. Sokolowski: Trotz der berechtigten Zweifel die den neuen Erfahrungen und der neuen Methode entgegen getragen werden, stehn wir bezüglich der Elektrotherapie vor einem wichtigen Wendepunkt, umso wichtiger weil das bisherige Verfahren und die bisherige Handhabung der Elektrizität sich doch als allzu mangelhaft und unsicher erwiesen haben. Wenn auch die Wirksamkeit der neuen Entdeckungen bisher vielfach übertrieben worden ist, so versprechen sie doch viel, und nach allen bis heute bekannt gewordenen Beobachtungen muss ich mich darauf freuen demnächst auch meine Anstalt durch die Anschaffung der entsprechenden Apparate vervollständigt zu sehn.

10. Dr. Sadikoff bringt seine in der vorigen Sitzung gemachte Propositon den livländischen Aerztetag in einen baltischen umzubenennen.

Diskussion:

Dr. Sadikoff proponiert den Aerztetag in baltischen umzubenennen, wie es schon bei der Gründung ins Auge gefasst war. Die Umbenennung könnte auch auf den Besuch weiterstehenden Kollegen von günstigem Einfluss sein, da der jetzige Name oft missdeutet wird. Der Umbenennung entsprechend wären die Statuten abzuändern und soll in einer Anmerkung gesagt werden, dass in besonderen Fällen der Aerztetag auch in einer andern, nicht livländischen Stadt des Baltikums abgehalten werden kann.

Dr. Apping proponiert über den Vorschlag Dr. Sadikoffs den Aerztetag der Gesellschaft livländischer Aerzte einfach «baltischen Aerztetag» zu nennen auf dem nächsten Aerztetage in Dorpat abzustimmen, um vorher und auf demselben auch eine grössere Anzahl von Kollegen unserer Nachbarprovinzen befragen und dann erst diese wichtige Entscheidung treffen zu können.

Dr. v. Hampeln schliesst sich dem Antrage Sadikoffs an. Die Bestimmung des livländischen Aerztetages war es ja eigentlich von Anfang an ein baltischer Aerztetag zu sein. Aeussere Hindernisse gestatteten es nicht das Gewollte zu realisieren. Jetzt scheint ein günstiger Augenblick gekommen zu sein. Diesen zu benutzen, scheine ihm allerdings angezeigt und darum Eile Not zu tun weil die Verhältnisse schon nach einem Jahre nach dieser Richtung wieder ungünstig liegen können. Aus diesen Gründen schliesse er sich dem Antrage Sadikoffs an.

Dr. Truhart plaidierte im Hinweise auf die historische Entwicklung des Aerztetages, welcher den Namen livländischer im Sinne Altlivlands trägt, dafür, die Frage der Umbenennung in baltischen auf den nächsten Aerztetag in Dorpat zu verlegen, nachdem die Aerztevereine in Kurland, Estland und Livland zur Beratung in dieser wichtigen Angelegenheit zur Versammlung in Dorpat aufgefordert worden sind.

Prof. Dehio proponiert an alle in den baltischen Provinzen existierenden ärztlichen Gesellschaften und Vereine Einladungen zum nächsten Aerztetage zu versenden mit der Beifügung, dass auf diesem (XIX.) Aerztetage, die Reorganisation des livländischen Aerztetages in einen «baltischen» beraten werden soll.

Dr. Ed. Schwarz proponiert sich direkt an jeden einzelnen Kollegen schriftlich zu wenden.

Dr. Apping meint, dass bevor man die alte Benennung unseres Aerztetages fallen lässt, man doch einige Garantieen haben müsste, dass er auch häufiger und zahlreicher von den Aerzten Kur- und Estlands besucht werden wird, was nur dadurch erreicht werden könne, dass man die einzelnen Aerztevereine befragt und sie auch bittet Delegirte zum nächsten Aerztetage zu schicken.

Dr. Keilmann schlägt vor den Antrag Sadikoff vorläufig abzulehnen und zum nächsten Aerztetag die beiden Nachbarprovinzen einzuladen und mit ihnen gemeinsam über den Antrag zu entscheiden.

(Schluss der II. Sitzung)

Tagesnachrichten.

Personalia.

— Goldenes Jubiläum. Am 25. Juni d. J. vollendeten sich 50 Jahre der ärztlichen Tätigkeit des Direktors des hiesigen Kinderhospitals des Prinzen Peter von Oldenburg, Leibpädiaters Geheimrats Dr. Karl Rauchfuss. Die St. Petersburger Gesellschaft der Kinderärzte, deren Ehrenmitglied der Jubilar ist, hat beschlossen, ihm zu Ehren eine Festsitzung zu veranstalten, diese jedoch der Sommerzeit wegen auf den 28. Oktober verlegt.

— Professor Dr. Lord Lister ist von der Stadt London durch Verleihung des Ehrenbürgerrechts ausgezeichnet worden. In der vorigen Woche hat nun in der Londoner Guildhall die Zeremonie der Ueberreichung des Ehrenbürgerdiploms stattgefunden, die jedoch in Anbetracht des Alters und der geschwächten Gesundheit Lord Listers erheblich abgekürzt wurde. In Erwiderung auf die Ansprache des Stadtkämmerers betonte der berühmte Chirurg, er fühle sich durch sein Lebenswerk hinreichend belohnt, er würdige aber auch die ihm von der Stadt London erwiesene Ehre in hohem Masse.

— Fürst Chilkow ist der Wahl gemäss als Vorsitzender der Hauptverwaltung des Russischen Roten Kreuzes bestätigt worden und hat am 12. Juni sein neues Amt angetreten.

— Ordensverleihungen: Der St. Wladimir-Orden IV. Klasse — dem Korpsarzt des 8. Armeekorps, wirkl. Staatsrat Dr. M. Gussew und dem Divisionsarzt Staatsrat Dr. A. Pawpertow.

— Der ältere Medizinalbeamte bei der Verwaltung des Obermedizinalinspektors Dr. Prawdoljubow ist zum Gehülfen des Jekaterinoslawschen Gouvernements-Medizinalinspektors ernannt worden.

— Der ältere Arzt der therapeutischen Abteilung des Kinderhospitals des Prinzen Peter von Oldenburg, Staatsrat Dr. Richard Peters, ist auf sieben Monate ins Innere des Reiches und ins Ausland beurlaubt worden.

— Der ältere Ordinator des Taschkentschen Militärhospitals Dr. Tischkow ist mit Uniform und Pension verabschiedet worden, unter gleichzeitiger Beförderung zum wirklichen Staatsrat.

— Der Münchener Professor Dr. Fr. Müller, welcher als Nachfolger Leydens in Aussicht genommen war, hat abgelehnt. Infolgedessen hatte die Berliner medizinische Fakultät sich an den Strassburger Kliniker Prof. Ludolf v. Krehl gewandt, der anfangs auch willens gewesen ist die Berufung nach Berlin anzunehmen, jedoch in letzter Stunde sich besonnen und das Kultusministerium telegraphisch benachrichtet hat, dass er doch zum Entschlusse gekommen sei, auf seinem Heidelberger Posten zu verbleiben. Ausschlaggebend für die Ablehnung ist u. a. wohl die Erwägung gewesen, dass der in Berlin geplante Neubau der Klinik im Charitékrankenhause erst in fünf Jahren fertiggestellt werden kann. Von den drei Klinikern, welche die medizinische Fakultät dem Ministerium als die meistgeeigneten als Nachfolger v. Leydens vorgeschlagen hat, bleibt demnach noch der an dritter Stelle genannte Prof. Dr. His in Göttingen, da die Bestätigung dieses sehr jugendlichen, wenn auch sehr begabten Klinikers seitens



des Ministeriums nach mancherlei Symptomen fraglich erscheint. Die medizinische Fakultät wird daher voraussichtlich neue Kandidaten zu präsentieren haben, unter denen die Kliniker Minkowski (Greifswald) und v. Noorden (Wien) genannt werden.

— Der verdiente Syphilidologe Prof. extraord. Dr. Neisser (Breslau), welcher gegenwärtig bekanntlich auf einer Forschungsreise in Batavia sich befindet, ist zum ordentlichen Professor ernannt worden.

Nekrologe.

Verstorben sind: 1) Am 15. Juni in Odessa der Gehülfe des Inspektors der Odessaer Medizinalverwaltung, Staatsrat Dr. Sergius Popow, im Alter von 50 Jahren. Er wurde von zwei Arbeitern der Werkstätten der Russischen Dampfschiffahrt- und Handelsgesellschaft, deren Oberarzt er seit vielen Jahren war, durch Messerstiche in die Brust ermordet. Durch die gegen die Mörder eingeleitete Untersuchung wurde nach den Angaben einer Reihe von Arbeitern festgestellt, dass der Ermordete von den Arbeitern gehasst wurde, weil er sich weigerte, ihnen fiktive ärztliche Zeugnisse zur Erlangung irgendwelcher Vergünstigungen, Urlaube etc. auszustellen. Der Verstorbene, welcher seit 25 Jahren in Odessa eine ausgebreitete Praxis ausgeübt hat, bekleidete ausser den obengenannten Aemtern auch noch die eines Arztes am Progymnasium, am Kontor der Reichsbank und an der Sturdzaschen Gemeinschaft barmherziger Schwestern in Odessa. 2) In Minsk am 9. Juni der Ordinator am jüdischen Krankenhause Dr. Mejer Aisenstadt im 48. Lebensjahre. Die Venia practicandi hatte er i. J. 1885 erlangt. 3) Am 11. Juni in Alexire (Gouv. Tula) der Gouvernements-Medizinalinspektor von Tula Dr. Theodor Wassilewski im 50. Lebensjahre nach 25-jähriger ärztlicher Tätigkeit. Er war erst vor Kurzem von dem Posten des Gouvernements-Medizinalinspektors in Minsk auf den gleichen Posten in Tula übergeführt worden. 4) Am 10. (23.) Juni der hervorragende Berliner Arzt und Gelehrte, Professor extraordinarius der Psychiatrie an der Berliner Universität Geh. Medizinalrat Dr. Emanuel Mendel, im 68. Lebensjahre an Herzschwäche. Obschon er seit längerer Zeit unter den Einwirkungen einer fortschreitenden Arteriosklerose litt, so hat er doch bis in die letzten Tage hinein seine beruflichen Pflichten ohne Unterbrechung erfüllt. Seine ärztliche Tätigkeit begann er i. J. 1861 als praktischer Arzt in dem damals noch dörflichen Pankow (bei Berlin), wo er später eine eigene Nervenheilanstalt errichtete, da sein wissenschaftliches Interesse sich immer mehr den Krankheiten des Nervensystems und des Gehirns zugewandt hatte. Im Jahre 1873 erlangte er durch seine Arbeiten die Privatdozentur an der Berliner Universität, an welcher er 1884 zum ausserordentlichen Professor für Psychiatrie ernannt wurde. Professor Mendel war in jedem Zweige der Irren- und Nervenheilkunde heimisch und zu jedem hat er zahlreiche Beiträge geliefert. Von grösseren Werken veröffentlichte er «Die progressive Paralyse der Irren», «Die Manie», die «Nervenärztliche Begutachtung der Unfallkranken». Sein zuletzt erschienener «Leitfaden der Psychiatrie» ist vor Kurzem ins Englische übersetzt worden. Wissenschaft, praktische Erfahrung und seine unvergleichliche Art, mit Menschen umzugehen, wirkten bei Mendel zusammen, um ihn in hohem Masse für den ärztlichen Beruf zu befähigen; 60—100 Kranke haben täglich in der Privatsprechstunde und in seiner berühmten Poliklinik seinen Rat gesucht. Aber auch unter seinen Berufsgenossen stand er in hohem Ansehen: Er war Ehrenmitglied vieler wissenschaftlichen Gesellschaften und bekleidete das Amt eines Vorsitzenden in der Berl. med. Gesellschaft sowie in der Gesellschaft für Psychiatrie und Nervenheilkunde. In früheren Jahren war er auch Mitglied des Reichstages.

Von Universitäten und med. Instituten.

— Ausweisungen von Aerzten. Wir berichteten vor Kurzem, dass die russische balneologische Gesellschaft in Pjatigorsk auf administrativem Wege aufgelöst ist und ihre Kanzlei sowie ihre Bibliothek versiegelt wurden. Jetzt ist seitens des örtlichen Generalgouverneurs auch der Befehl zur Ausweisung des Vorsitzenden und des Sekretärs der genannten Gesellschaft aus den Grenzen des Terekgebiets erfolgt.

— Im Kirchdorfe Tschalbassy (Taurien) wurden wegen politischer Umtriebe der Landschaftsarzt M. Posharski und der Feldscher Kowwa arretiert und unter Wache in die Stadt Aleschki abgefertigt, wo ihnen der Ausweisungsbefehl aus den Grenzen des Generalgouvernements mitgeteilt wurde.

— Vom St. Petersburger Stadthauptmann ist der Aerztin des hiesigen Marien-Magdalenen-Hospitals Ladyshenskaja, dem Arzt Dr. J. Mierzejewski und dem Inspektor dieses Hospitals W. L. Benoit wegen Veranstaltung einer ungesetzlichen Versammlung im Hospital eine Geldstrafe von je 500 Rbl., im Nichtzahlungsfalle ein Arrest von drei Monaten auferlegt worden.

— Die Klage des amerikanischen Millionärs Crooker gegen den bekannten Pariser Chirurgen Dr. Doyen auf Rückgabe des bezahlten Honorars im Betrage von 100,000 Frcs., welche Dr. Doyen für die Heilung der an Mammakarzinom leidenden Frau Crooker mit seinem angeblich sicher wirkenden Heilserum im voraus erhalten hatte, ist jetzt nach ca. drei Jahren in der letzten Instanz endgültig abgewiesen worden. Die Kranke hatte bekanntlich, da sie sich schon nach wenigen Injektionen schlechter fühlte, die Behandlung abgebrochen und starb auf der Heimreise. Das Gericht hat nun angenommen, dass die für die Heilung ausbedungene und gezahlte Summe zwar eine hohe sei, dass man aber dem Dr. Doyen den guten Glauben an die Wirkung seines Krebsheilmittels nicht absprechen könne und dass der Vertrag zwischen den Parteien ohne Vorspiegelung falscher Tatsachen oder Anwendung unerlaubter Mittel seitens des Dr. Doyen rechtsverbindlich zustande gekommen sei.

— Von der Odessaer Universität. In der jüngsten der russischen medizinischen Fakultäten, der Odessaer, haben sich die Zwistigkeiten zwischen den beiden politischen Parteien unter den Professoren derart zugespitzt, dass alle wissenschaftlichen und Unterrichts-Interessen beiseite gelassen werden. So können die vakanten Lehrstühle für allgemeine Pathologie, für chirurgische Pathologie und für die therapeutische Hospitalklinik nicht besetzt werden, weil die stattgehabten 4 Konkurse, an welchen eine nicht geringe Zahl durchaus würdiger Kandidaten teilnahmen, systematisch resultatlos verliefen, indem beim Ballotement die Stimmen der beiden Professorenparteien sich stets so verteilten, dass keiner der Kandidaten die gesetzliche Majorität der Stimmen erhielt. Vom Ministerium der Volksaufklärung sind jetzt alle die resultatlos verlaufenen Konkurse betreffende Akten einverlangt worden.

Die vielfachen ungesetzlichen Handlungen der Odessaer Studenten und jüngeren Dozenten und die Störungen im Unterrichtsgange der Odessaer Universität, über welche wir häufig Gelegenheit hatten zu berichten, haben endlich den Minister der Volksaufklärung veranlasst, den Rektor der Odessaer Universität Prof. Santschewski sowie den Prorektor Prof. Wasskowski dem Kriminalgericht zu übergeben. Infolgedessen hat der Dirigirende Senat gegen diese beiden Vertreter der Odessaer Universität eine Voruntersuchung eingeleitet. Wie die dortigen Zeitungen erfahren, wird gegen sie die Anschuldigung erhoben, dass sie Massregeln zur Vorbeugung und Einstellung der für einige Professoren beleidigenden und ungesetzlichen Handlungen der Studenten und jüngeren Lehrer nicht ergriffen und nicht von den ihnen zu Gebote stehenden Mitteln Gebrauch gemacht haben, was eine Störung des regelmässigen Ganges des Unterrichts zur Folge hatte. Der Rektor wird überdies noch beschuldigt, dass er in seinen Berichten an das Ministerium der Volksaufklärung wissentlich unwahre Mitteilungen über die im Universitätsgebäude stattgehabten Meetings, Versammlungen, Studentenunruhen und überhaupt den Gang der Universitätsangelegenheiten gebracht habe.

Verschiedene Mitteilungen.

— Die Ueberfüllung der Peterburger Stadthospitäler ist eine chronische. Während die Normalzahl der in diesen Hospitälern zu verpflegenden kranken Männer, Frauen und Kinder nur 8775 beträgt, befanden sich am 16. Juni c. in denselben 11,045 Kranke (6,278 Männer, 3921 Frauen und 846 Kinder), also 2270 überzählige. Die normale Zahl der Kranken wurde überschritten: in den städtischen Irrenanstalten (Nikolai Tschudotworez, St. Panteleimon und Nowosnamenski) um 626 Kranke, im Obuchow-Hospital um 310, im Peter-Paulhospital um 312, im Alexanderhospital um 288, im Kinderhospital um 254, im Alafusowhospital um 185 und im Kalinkinhospital um 50 Kranke.

— Pestgefahr für Europa. Dr. Simpson, eine Autorität auf dem Gebiete der tropischen Medizin, hielt vor kurzem im Londoner Royal College of Physicians einen Vortrag über die Beulenpest, in welchem er sagte, dass seiner Ansicht nach, der vorwaltende Glaube, Europa brauche die Seuche nicht länger zu fürchten irrig sei. Das Verschwinden der Pest in Europa sei höchst wahrscheinlich darin zu suchen, dass beim Verkehr mit dem Osten der Seeweg an die Stelle des Landweges getreten sei. Von diesem Standpunkte aus bilde die eintretende Bahnverbindung mit Asien eine Gefahr der Einschleppung, falls keine besonderen Vorsichtsmassregeln getroffen werden.

Bf.

— Die Gesamtzahl der Kranken in den Zivilhospitälern St. Petersburgs betrug am 9. Juni d. J. 10854 (415 wen. als in der Vorwoche), darunter 595 Typhus — (43 wen.), 809 Syphilis — (64 wen.), 294 Scharlach — (28 wen.), 208 Diphtherie — (17 wen.), 172 Masern — (2 mehr), und 17 Pockenkranke — (5 wen. als in der Vorw.).

— Die Gesamtzahl der Sterbefälle in St. Petersburg betrug in der Woche vom 3. bis zum 9. Juni d. J. im ganzen 769 (431 M., 338 W.), darunter an folgenden Krankheiten:

Typhus exanth. 0, Typhus abdom. 23, Febris recurrens 0, Typhus ohne Bestimmung der Form 0, Pocken 0, Masern 60, Scharlach 20, Diphtherie 15, Croup 4, Keuchhusten 0, Kroupöse Lungenentzündung 27, Erysipelas 3, Grippe 6, Katarrhalische Lungenentzündung 64, Ruhr 1, Epidemische Meningitis 0, Akuter Gelenkrheumatismus 0, Parotitis epidemica 0, Rotzkrankheit 0, Anthrax 1, Hydrophobie 0, Puerperalfieber 2, Pyämie und Septicaemie 14, Tuberkulose der Lungen 87, Tuberkulose anderer Organe 24, Alkoholismus und Dilirium tremens 9, Lebensschwäche und Atrophia infantum 54, Marasmus senilis 33, Krankheiten des Verdauungskanals 114, Totgeborene 40.

Am 16. Juni d. J. betrug die Zahl der Kranken 10676 (178 wen. als in der Vorwoche.), darunter 590 Typhus — (5 wen.), 826 Syphilis — (17 mehr), 268 Scharlach — (26 wen.), 194 Diphtherie — (14 wen.), 158 Masern — (14 wen.) und 15 Pockenkranke (2 wen. als in der Vorw.)

— Die Gesamtzahl der Sterbefälle in St. Petersburg betrug in der Woche vom 10. bis zum 16. Juni d. J. im ganzen 899 (500 M., 399 W.), darunter an folgenden Krankheiten:

Typh. exanth. 0, Typh. abd. 23, Febris recurrens 0, Typhus ohne Bestimmung der Form 0, Pocken 2, Masern 55, Scharlach 16, Diphtherie 21, Croup 0, Keuchhusten 9, Croupöse Lungenentzündung 36, Erysipelas 4, Grippe 8, Katarrhalische Lungenentzündung 87, Ruhr 3, Epidemische Meningitis 0, Acuter Gelenkrheumatismus 0, Parotitis epidemica 0, Rotzkrankheit 0, Anthrax 0, Hydrophobie 0, Puerperalfieber 0, Pyämie und Septicaemie 10, Tuberculose der Lungen 38, Tuberculose anderer Organe 22, Alkoholismus und Delirium tremens 10, Lebensschwäche und Atrophia infantum 55, Marasmus senilis 27, Krankheiten der Verdauungsorgane 169, Totgeborene 64.

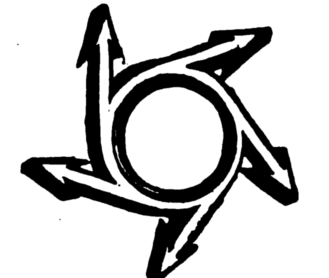


LANOLINUM PURISSIMUM «LIEBREICH»

Pharm. Ross.

in bekannter absoluter Reinheit und unübertroffener Qualität.

(103) 52—17.

Marke  **„Pfeilring".**

Vereinigte Chemische Werke Aktiengesellschaft

Charlottenburg.

ANSTALT FÜR WARME BAEDER



VICHY



Eigenthum der Französischen Regierung. (34) 17—5.

BADE-SAISON.

In der Anstalt VICHY, der besteingerichteten in ganz Europa, sind vorhanden Bäder und Douchen zur Heilung von Magen-, Leber-, Harnblasen-, Harnsalz-, Podagra und anderen Krankheiten.

Täglich vom 15. Mai bis zum 30. September Theater und Concerte im Casino. Musik im Park. Lesecabinetts. Gastzimmer für Damen, Spiel-, Sprechsäle und Billards. Alle Eisenbahnlinien sind mit VICHY verbunden. Frankreich, Departement Allier.

Verlag von August Hirschwald in Berlin.

Soeben erschien:

Die experimentelle Diagnostik, Serumtherapie und Prophylaxe

der Infektionskrankheiten

von Stabsarzt Prof. Dr. E. Marx.

Zweite Auflage.

8. Mit 2 Tafeln. 1907. 8 M.

(Bibliothek von Coler-Schjerning, XI. Bd. 2. Aufl.)

SASSNITZ.

Ostseebad auf Rügen.

Prospekte und Auskunft gratis u. franko durch die Bade-Direktion.



Unter den zahlreichen im Handel befindlichen Abführmitteln hat kein einziges so leichte und schnelle Verbreitung gefunden wie der

Kaliformische Feigen-Syrup

„KALIFIG"

(Name gesetzlich geschützt)

wird von den Herren Aerzten als zuverlässiges, angenehmes, leicht und sicher wirkendes Abführmittel empfohlen, welches dank seinem angenehmen Geschmack besonders für die Frauen- und Kinderpraxis geeignet ist. Hat keine schädlichen Nebenwirkungen. Die Gebrauchsart ist bei jeder Flasche angegeben.

In allen Apotheken erhältlich.

Haupt-Depôt für St. Petersburg bei Herrn Stoll & Schmidt,
„ „ „ Moskau . . . . . „ d. Gesell. W. K. Ferrein,
„ „ „ Odessa . . . . „ Herren J. Lemmé & Co.
„ „ „ Warschau . . . „ Herrn Fr. Karpinski.

California Fig Syrup Co. London, E. C. 31/32 Snow Hill.

Aerzte — Proben gratis und franko.

Edinburg, am Rigaschen Strande,

Jermolow-Prospekt Nr. 6.

Anstalt für Orthopädie, Heilgymnastik und Massage.

28. Mai bis 1. September.

Mechanotherapie. — Orthopäd. Gymnastik. — Schwed. Heilgymnastik. — Massage. — Elektrotherapie. — Elektr. Vierzellenbad Schnee. — Pneumatotherapie (Waldenburgs Atmungsapp.) — Frenkels Ataxiebehandlung. — Orthopäd. Korsets.

Dr. med. J. Brennsohn.

Herausgeber Dr. Rudolf Wanach. Buchdruckerei v. A. Wienecke Katharinenhofer Pr. № 15.

XXXII. JAHRGANG. ST. PETERSBURGER Neue Folge XXIV. Jahrg.

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Redaktion von

Prof. Dr. Karl Dehio. Dorpat. Dr. Johannes Krannhals. Riga.

Dr. Rudolf Wanach. St. Petersburg.

Die „St. Petersburger Medizinische Wochenschrift" erscheint jeden Sonnabend.—Der Abonnementspreis ist in Russland 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr inkl. Postzustellung; in den anderen Ländern 20 Mark jährlich, 10 Mark halbjährlich. Der Insertionspreis für die 3mal gespaltene Zeile in Petit ist 20 Kop. oder 45 Pfen.—Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt. —Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.

Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate bittet man ausschliesslich an die Buchhandlung von K. L. Ricker in St. Petersburg, Newsky-Prospekt № 14, zu richten. — Manuskripte sowie alle auf die Redaktion bezüglichen Mitteilungen bittet man an den geschäftsführenden Redakteur Dr. R. Wanach in St. Petersburg, Petersb. Seite, Alexandrowski Pr. 6 zu richten. Sprechst. Dienstag, Donnerstag und Sonnabend 5—6.

№ 27 St. Petersburg, den 7. (20.) Juli. 1907.

Inhalt:

Zur Färbung der Leprabazillen in dünnen Gewebsschnitten.

Von

Johannes Fick.

Wien.

Im Nachstehenden möchte ich in aller Kürze die Aufmerksamkeit auf eine Färbemethode für Leprabazillen lenken, welche mir geeignet scheint, wenn auch nicht in allen, so doch in vielen Fällen die altbewährten Methoden mit Vorteil zu ersetzen.

Gelegentlich der mikroskopischen Untersuchung verschiedener pathologischer Prozesse auf Russelsche Körperchen machte ich, ohne von den unten zu erwähnenden Mitteilungen Kenntnis zu haben, durch Analogieschlüsse geleitet den Versuch einen Schnitt durch einen Lepraknoten [1]) nach dem Prinzip der von Russel zur Darstellung der nach ihm benannten Körperchen angegebenen Methode zu färben, in der Erwartung, dass sich vielleicht mit dieser Methode die Leprabazillen im Gewebe in unterschiedlicher Weise, gegenüber den Gewebskomponenten, darstellen lassen würden.

Das Resultat bestätigte nicht nur schon bei der Färbung des ersten Schnittes diese Erwartung, sondern überraschte mich insofern, als die mikroskopischen Bilder bedeutend schöner waren als ich erwartet hatte.

[1]) Das Material verdanke ich dem überaus liebenswürdigen Entgegenkommen des Herrn Dozenten Dr. M. Oppenheim in Wien.

Die Färbung nahm ich in folgender Weise vor.

(Alkoholfixierung, Paraffineinbettung, aufgeklebte 3 bis 5 m dicke Schnitte).

1) Conc. Lösung von Fuchsin in 2% Karbolwasser 20—25 Min.

2) Abspülen in Wasser.

3) Abspülen mit Alkohol 95—98 % 1/4 Min.

4) 1% Lösung von Jodgrün in 2% Karbolwasser 2 Min.

5) Alkohol abs. (98 %) bis der Schnitt eine exquisit lichtgrüne Färbung hat.

6) Xylol.

7) Balsam.

Bazillen leuchtend rot; Kerne grün; Collagen farblos.

Der Schnitt muss hellgrün aussehen und nur die Hornschicht der Epidermis und allenfalls vereinzelte Stellen am Schnittrand dürfen rot sichtbar sein. Sollte der Schnitt bei der Manipulation 5 hellrosa werden, so ist nochmals Jodgrün zu applizieren. Uebrigens ist ein Schnitt, der nach Manipulation 5) rosa aussieht durchaus brauchbar, das Resultat ist dann: Bazillen leuchtend rot, Kerne grün, Collagen rosa. Die Kontraste sind durchaus genügend. Die Hauptsache ist, dass der Schnitt makroskopisch in exquisit zarter Farbe sich präsentiert.

Ein wesentlicher und gelegentlich bedeutungsvoller Vorzug dieser Methode scheint mir darin zu liegen, dass die Schnitte bei der Färbeprozedur garnicht leiden, so dass es mühelos gelingt die Leprabazillen sowohl wie das Gewebe in ein und demselben Schnitt nebeneinander tadellos darzustellen. Die gebräuchlichsten Methoden der Leprabazillenfärbung lassen gerade insofern manches

zu wünschen übrig, als sie das Gewebe mehr oder weniger, namentlich bei nicht sehr geschickter Ausführung der Färbung schädigen. Auch lösen sich bei der Behandlung mit Säuren die auf den Objektträger aufgeklebten Schnitte manchmal ab; die conc. Fuchsin resp. Gentianaviolettlösungen, wie sie für die bekannten Färbungen gebraucht werden sind für das Gewebe nicht gleichgültig, verursachen ausserdem leicht Niederschläge.

Dauernde Haltbarkeit der Präparate ist nur bei grosser Sorgfalt zu erzielen. Kurz es sind mancherlei Klippen vorhanden, die gelegentlich verhängnissvoll werden können.

Deshalb glaube ich, dass man die oben angegebene Färbung neben den altbewährten Methoden in vielen Fällen mit Vorteil wird anwenden können. Besonders empfehlen möchte ich die Karbolfuchsin-Jodgrünmethode einmal zu Demonstrationszwecken, ferner wenn es darauf ankommt die topographischen Verhältnisse der Bazillen in Beziehung zu den Gewebskomponenten (bei Lepra bekanntlich controverses Gebiet) zu studieren. Endlich ist die Methode auch für Ungeübte leicht ausführbar, denn sie stellt an die Geschicklichkeit des Präparierenden viel geringere Anforderungen als die üblichen Methoden. Die für die Applikation der Farblösungen angegebene Zeitdauer braucht nicht einmal strikt eingehalten zu werden; wichtig ist nur das Prinzip: starke Anfärbung mit Fuchsin und relativ kurze Applikation der Jodgrünlösung.

Die Durchsicht der Literatur ergab mir bezüglich der Anwendung des Karbolfuchsin-Jodgrünprinzips zur Leprabazillenfärbung ein vollkommen negatives Resultat, dagegen fand ich, dass dasselbe zur Darstellung der Tuberkelbazillen schon von anderer Seite empfohlen worden ist und zwar von Letulle (mit Haematoxylinvorfärbung) und von Klien. Jedoch konnte ich in den einschlägigen Handbüchern und Compendien nur bei Ledermann einen Hinweis auf die Methode Letulles finden und die meines Wissens nirgends zitierte Angabe von Klien fand ich in einer Fussnote seiner Arbeit über Russelsche Körperchen. Referate über Letulles Arbeit finden sich im Zentralbl. für Bakteriologie und in Baumgartens Jahresbericht. Bei Kolle-Wassermann fand ich sie nur im Literaturverzeichnis. In Anbetracht dieser spärlichen und zum Teil heute wohl kaum beachteten Daten habe ich es für nicht überflüssig gehalten auf die von mir gefundene Tatsache hinzuweisen, dass das Karbolfuchsin-Jodgrünprinzip bei der Darstellung der Leprabazillen vortreffliche Resultate giebt.

Sehr schöne und instruktive Bilder erhält man, wenn man vor der Karbolfuchsin-Jodgrünfärbung den Schnitt mit der von Weigert zur Färbung der elastischen Fasern angegebenen Resorcinfuchsinlösung etwa 15 Min. lang behandelt und einige Minuten mit Alkohol differenziert. Schliesst man jetzt die oben angegebene Färbung an, so erhält man nicht nur eine Färbung der elastischen Fasern (blauschwarz) sondern es kontrastieren auch die andern Gewebsbestandteile besonders scharf gegeneinander, weil das Resorcinfuchsin ähnlich wie eine Beize wirkt. Das Resultat ist: Bazillen rot, Kerne grün, Collagen farblos oder grau; elast. Fasern schwarz. Diese Kombination erleichtert die topographische Uebersicht durch das Hervortretenlassen der Gefässe.

Ich stellte dann noch weitere Versuche an, die darauf abzielten einerseits die Kernstrukturen distinkter darzustellen und andrerseits eine spezielle Kontrastfärbung des Collagens zu bewirken. Die Resultate waren vielfach recht befriedigend, doch möchte ich die Methoden, da sie komplizierter und unsicherer sind, nur kurz angeben. a) Cochenillealaun-Karbolfuchsin-Jodgrün. Kernstruktur tritt hervor; empfehlenswert b) Haematoxylinvorfärbung. Kerne blaugrün; doch tritt leicht Ueberfärbung (d. h. Mitfärbung des Collagens) ein, so dass man mit Säuren einschreiten muss, wodurch dann gerade ein Vorzug der Karbolfuchsin-Jodgrünmethode paralysiert wird. c) Karbolfuchsin — conc. wässerige Pikrinsäurelösung (einen Moment) — Jodgrün, Bazillen rot, Kerne grün, Collagen gelb. In gewissen Fällen vielleicht brauchbar. d) Färbung der elast. Fasern nach der Prauterschen Modifikation der Unna-Taenzerschen Methode — Karbolfuchsin — Jodgrün; brauchbar, aber Vorfärbung mit der Weigertschen Lösung (s. oben) vorzuziehen. Ein wichtiges Moment ergiebt sich aus diesen und weiteren Versuchen — die ich der Kürze halber übergehe und die jeder, der mit den Farben vertraut ist, leicht anstellen kann. — nämlich, dass die Leprabazillen bei der Karbolfuchsin-Jodgrünmethode das Fuchsin sehr fest halten. Doch müssten um den differentialdiagnostischen Wert der Methode festzustellen Kontrolluntersuchungen angestellt werden.

Die Vorteile der Methode machen sich, wie aus dem Gesagten hervorgeht, besonders bemerkbar bei der Färbung von dünnen Paraffinschnitten, anwendbar ist sie auch auf Zelloidinschnitte, nur muss vor der Färbung das Zelloidin in der üblichen Weise extrahiert werden.

Literatur.

1. Die bekannten Werke von Lehmann und Neumann, Flügge, Günther, Schmorl, Kolle und Wassermann, Ledermann, Joseph (Technik), Ehrmann und Fick, ferner

2. Encyklopädie der mikr. Technik.

3. Klien. Ueber die Beziehung der Russelschen Körperchen zu den Altmannschen Zellgranulis. Zieglers Beiträge Bd. XI.

4. Letulle. Technique pour la coloration rapide des bacilles tuberculeux sur les pieces ayants séjourné dans le liquide de Müller. Gaz. hebdom. 1892.

Ein seltener Fall aus der geburtshilflichen Praxis.

Von

Dr. H. v. Rosen.

Interessant ist der nachstehend geschilderte Fall sowohl in pathologisch-anatomischer, als auch in praktischer Beziehung, besonders wegen der grossen Schwierigkeiten, die sich der Diagnose und der unumgänglich notwendigen Kunsthilfe entgegenstellten.

Am 15. April d. J. wurde ich von der Hebamme zu einer Zwillingsgeburt bei einer 36-jährigen Multipara gebeten, die schon am Vorabend das erste Kind, einen gesunden Knaben, überaus leicht, fast im Partus praecipitatus zur Welt gebracht hatte. Die Hebamme berichtete, dass hochgradige Wehenschwäche vorliege, dass sie aber aus der Lage des zweiten Kindes absolut nicht klug werden könne. Die äussere Untersuchung ergab im Fundus uteri sehr deutlich nur kleine Teile, allem Anscheine nach die Füsse, dicht über der Symphyse einen grossen festen Teil, so dass man eine Kopflage annehmen konnte. Zu meiner Ueberraschung ergab die innere Untersuchung, dass sowohl eine Kopflage, als auch eine Querlage sicher auszuschliessen war.

Den grossen Teil, der über dem kleinen Becken vorlag, konnte ich nur für den ödematös geschwollenen Steiss des Kindes halten. Es entstand nun die Frage: Wo liegt eigentlich der Kopf? Der Kontrast zwischen den Resultaten der äusseren und inneren Untersuchung war ein so auffälliger, dass ich schon jetzt zur Hebamme die Vermutung äusserte, dass es sich hier um eine Missgeburt, vielleicht um einen Acephalus handeln könne. Eine eingehendere Untersuchung nach künstlichem Blasensprung ergab bei sorgfältigem Palpieren des vorliegenden steissähnlichen Gebildes an der hinteren Fläche desselben einen 3 Cm. langen Knochen, der keine Verbindung mit anderen Knochen aufwies. Hiermit war die Diagnose einer Missbildung sichergestellt. — Da nach dem Blasensprung die ohnehin sehr schwache Wehentätigkeit vollständig aufhörte, konnte mit der Kunsthilfe nicht länger gezögert werden. Die Extraktion gestaltete sich nun ausserordentlich schwierig, da die vorliegende derb-elastische, glatte Masse keinen Angriffspunkt darbot und ausserdem das untere Uterinsegment spastisch kontrahiert war.

Meine Versuche in der Narkose die Wendung oder die einfache Extraktion mit der Hand auszuführen, schlugen fehl. Mit Instrumenten, wie Forceps, Haken, Kranioklast, war auch nichts auszurichten. Für die Embryotomie, eine Operation, in der ich einige Erfahrung besitze, lagen die Auspicien auch sehr ungünstig, da die anatomischen Verhältnisse der Missbildung vorläufig noch in völliges Dunkel gehüllt waren. In tiefer Narkose, nachdem eine Erschlaffung des Uterushalses eingetreten war, glückte mir endlich doch noch unter gewaltiger Anstrengung die Extraktion mit der rechten Hand, die in gewissen geburtshilflichen Fällen denn doch noch das beste Instrument darstellt.

Was ich zu Tage förderte, war ein völlig missglückter Versuch der Natur, ein menschenähnliches Wesen zu schaffen; eine formlose, derb-elastische, von normaler Haut bedeckte Masse von 15 Cm. Durchmesser und etwa 35 Cc. Umfang mit plumpgeformten Beinen von normaler Grösse und einem auffallend grossen $1^1/_2$ Zoll langen Penis mit sehr langer Vorhaut. Wie die Untersuchung der gleich darauf von mir entfernten gemeinsamen Plazenta ergab, war der sehr schwach entwickelte, bei der Extraktion abgerissene Nabelstrang der Missbildung nur 20 Cm. lang. Das Skelet bestand aus atypisch geformten Beckenknochen, unteren Extremitäten und einer rudimentären Wirbelsäule, die nach oben zu im Lumbalteil ihren Abschluss fand; diesen Teil hatte ich bei der ersten Untersuchung für den Steiss gehalten. Nach der Beschaffenheit der Haut zu urteilen, konnte der Tod des Monstrums erst vor etwa 24 Stunden erfolgt sein.

Die Untersuchung der inneren Organe, soweit dieselbe den Umständen nach möglich war, ergab Folgendes: Etwas oberhalb der Nabelgegend fand sich ein etwa 3 Cm. langes, einkammeriges ziemlich derbes Herz; die Gefässe waren schwach entwickelt; die Aorta teilte sich gleich in 2 Arteriae iliacae. Oberhalb zu beiden Seiten des Herzens fanden sich zwei von derben bindegewebigen Massen umgebene Hohlräume, die mit einer gelblichen Flüssigkeit gefüllt waren. In der vom Herzen durch eine dünne bindegewebige Membran getrennten Bauchhöhle fanden sich eine kleine, aber sonst gut entwickelte Leber und ein oben und unten blind endigender, sonst gut entwickelter Dünndarm. In der Gegend der rechten Niere fand ich ein sehr kleines, dreilappiges Organ, das wohl als Rudiment einer Primordialniere aufzufassen ist. Magen, Milz, Dickdarm und Rektum fanden sich nicht vor.

Die Genese solcher Missbildungen ist dadurch zu erklären, dass bei Anastomose des Gefässsystems zweier in einem Chorion liegender Zwillinge der Blutdruck in dem des einen so überwiegt, dass die Zirkulation in dem andern sich umkehrt, wodurch Herz, Lungen und ein mehr oder weniger grosser Teil des Rumpfes verkümmern oder völlig atrophieren.

Bücheranzeigen und Besprechungen.

K. Diem (Wien): Schwimmende Sanatorien. Eine klimato-therapeutische Studie, unter technischer Mitarbeit von E. Kagerbauer. Mit zwei Schiffsplänen. Leipzig und Wien 1907, Verl. von Franz Deuticke. 111 Seiten. Preis geh. 4 Mark.

Die Heilkräfte des Meeres waren schon im Altertum bekannt und die Seereisen werden bereits in den Schriften des Celsus, Plinius, Galen u. a. als wirksame Kurmittel empfohlen. Es ist jedoch bis heute noch nicht dazu gekommen, von den Heilwirkungen der Seereisen für Kranke in grösserem Massstabe Gebrauch zu machen, obschon ihre frühere empirische Empfehlung jetzt durch die Wissenschaft auf eine festere Grundlage gestellt ist. Die Ursache liegt in dem Bau und der Einrichtung der gebräuchlichen Schiffe, sowie in den eigentümlichen Verhältnissen des Seeverkehrs, die alle auf die Bedürfnisse des kranken Menschen keine Rücksicht nehmen. Das Ein- und Ausladen der Schiffe, die Fortsetzung ihrer Tourfahrten bei jedem Winde und Wetter, die engen Kabinen etc. machen längere Fahrten auf den Verkehrsschiffen für die Kranken unmöglich. In den letzten Jahren haben sich daher sowohl in Deutschland wie in Oesterreich Bestrebungen gezeigt, welche der Verwirklichung der Idee der schwimmenden Sanatorien näher zu kommen beabsichtigen.

Dr. Diem hat nun das Verdienst, in dem vorliegenden Buche als erster die Prinzipien für solche schwimmende Sanatorien aufgestellt zu haben und zugleich unter Mitarbeit des Schiffbau-Oberingenieurs Kagerbauer mit einem bestimmten Entwurf bezüglich des Baues und der Einrichtung eines Kurschiffes hervorgetreten zu sein. Das projektierte Fahrzeug, welches ungefähr die Dimensionen eines mittelgrossen Schiffes der Hamburg-Amerika-Linie hat, wird 211 Patienten, 147 Personen der Mannschaft, sowie 18 Personen des Stabes, also insgesamt 376 Personen reichlichen Raum gewähren. Von Wichtigkeit ist natürlich die Organisation des ärztlichen Dienstes auf einem Kurschiffe wozu nötig sind: 1 Chefarzt (Internist), 1 Chirurg (der zugleich Gynäkologe ist) und noch 2—3 Aerzte, die das Gebiet der Nervenkrankheiten sowie die Technik der physikalischen Heilmethoden vollkommen beherrschen. Die Leitung des Schiffes muss einem Arzt unterstellt sein, jedoch ist es selbstverständlich, dass dem Kapitän und seinen Offizieren die Autorität in nautischen Fragen und bei der Aufrechterhaltung der Disziplin gewahrt bleiben wird.

Ein ausführlicher Abschnitt (56 S.) beschäftigt sich mit den Passagieren des Kurschiffes, zu denen meist irrtümlich blos die Tuberkulösen und Nervösen gerechnet werden. Verf. ist daher um so sorgfältiger bestrebt, in 40 Punkten die verschiedensten Krankheitsgruppen auf ihre Eignung als Objekte der Thalassotherapie zu betrachten. Wegen des Näheren verweisen wir auf das Buch. Als Reiseziel für die Kurfahrten empfiehlt Verf. Abbazia und das Adriatische Meer, das geradezu geschaffen für das Kreuzen derartiger Kurschiffe ist. Am Schlusse des Buches sind auf 2 Tafeln Skizzen beigefügt, die dem Leser ein Bild von der Ausstattung und Raumeinteilung eines Sanatoriumschiffes geben.

Bernhoff.

Die chemische Pathologie der Tuberkulose. Bearbeitet von Privatdoz. Dr. P. Clemens, Doz. Dr. A. Jolles, Prof. Dr. R. May, Dr. W. v. Moraczkowski, Dr. A. Ott, Dr. H. v. Schrötter, Doz. Dr. A. v. Weismayr. Herausgegeben von Dr. A. Ott. Berlin 1903. Verl. von A. Hirschwald. 538 S.

Das vorliegende Werk, welches Professor B. Fraenkel gewidmet ist, giebt eine möglichst vollständige, kritische Darstellung des jetzigen Standes unserer Kenntnisse auf dem Gebiete der chemischen Pathologie der Tuberkulose, der man neuerdings wieder grösseres Interesse zuzuwenden beginnt. Um den von Tuberkelbazillen bereits infizierten menschlichen Organismus entsprechend behandeln zu können, ist eine genaue Kenntnis der Bazillen vom chemischen und physiologischen Standpunkte aus notwendig. Doch ist darüber noch keine Uebereinstimmung erzielt. Nur bezüglich der Fettstoffe stimmen die Angaben in halbwegs befriedigender Weise überein; was die Eiweissstoffe, die in den Tuberkelbazillen enthalten sind, anbetrifft, so finden sich Albumosen, Albuminate und vermutlich etwas Pepton in ihnen vor. Die wichtigste Frage, die Wirkungsweise der Bazillen, ist noch keineswegs klargelegt. Was die Chemie des Blutes der Tuberkulösen betrifft, so nehmen im Verlauf der Krankheit Eisen, Phosphate und Kalisalze stetig ab, die Natronsalze stetig zu, und im 2. Stadium kommt es zur Eindickung des Blutes. Einen grossen Raum im Werke nehmen die Chemie des Harns (S. 173—246) und der Stoffwechsel der Tuberkulösen (S. 247—361) ein. An dem Verfall Tuberkulöser tragen primär Giftstoffe, die von den tuberkulösen Herden aus zur Resorption gelangen, die Schuld; insbesondere ist die Wirkung derselben auf das Hungergefühl von deletärer Bedeutung. Von grossem Interesse ist auch das letzte 16. Kapitel über die Chemie der therapeutischen Einwirkungen, des Klimas und der Medikamente. Ein Namen- und Sachregister schliesst das interessante Werk ab, welches, wenn auch die Herausgabe bereits um einige Jahre zurückliegt, seinen Wert und seine Bedeutung jedoch beibehalten hat.

Brennsohn-Mitau.

Protokolle

des deutschen ärztl. Vereins zu St. Petersburg.

1353. Sitzung am 12. Februar 1907.

Ucke hält einen Vortrag über:

«Einen Fall von Pigmentsarkom der Leber» und demonstriert die zugehörigen mikroskopischen Präparate.

Diskussion:

Westphalen: Zum klinischen Bilde ist noch hinzuzufügen, dass Ikterus bestand. Die Diagnose lautete: wahrscheinlich primärer Tumor der Leber. Melanosarkome sind als metastatische Tumoren die häufigsten in der Leber. Uckes Theorie, dass aus metastasierendem blanden Bindegewebe ein maligner Tumor sich bildet, findet eine Analogie in den colloidalen Metastasen der Strumen in den Knochen, wo sie einen malignen Charakter annehmen. Ihm seien 2 derartige Fälle bekannt; in einem fanden Metastasen im Femur und in den Schädelknochen statt, im anderen in den Schädelknochen. Wie er von Dr. Amburger erfahren, habe das colloidale Gewebe eine besondere Attraktion zum Knochenmark. Die colloidalen Strumenmetastasen finden ausschliesslich in den Knochen statt.

Blessig: Falls der Zusammenhang zwischen Augenverletzung und der Lebermetastase wirklich so bestehe, wie Ucke ihn darstellt, so sei der Fall ein Unicum. Ihm seien keine anderen derartigen Fälle bekannt. Bei der grossen Häufigkeit von Augenverletzungen müsste ein derartiges Vorkommniss doch schon früher beobachtet worden sein. Immerhin könne die vor längerer Zeit stattgehabte Augenverletzung hernach bei der Konstatierung des Tumors in Vergessenheit geraten sein. Chorioideasarkome machen erfahrungsgemäss grade in der Leber Metastasen. Ein Zusammenhang im Uckeschen Sinne wäre auch vom forensischen Standpunkte sehr wichtig.

Wladimirow verweist auf eine Lücke in Uckes Mitteilung. Da weder der Schädel noch der Augenstumpf bei der Obduktion untersucht worden sind, so bleibt es fraglich, ob wirklich ein primäres Lebersarkom vorgelegen hat. — In der Leber mit ihrem langsamen Blutstrome sind günstige Bedingungen für ein Haftenbleiben eingeschleppter Zellen und ihren innigen Contact mit den phagocytär angelegten Endothelien gegeben. — Zur Frage der Pigmentsarkome kündigt er für die nächste Sitzung eine Mitteilung über Nenckis Untersuchungen in dieser Richtung an.

Blessig: Die Möglichkeit, dass im Auge bereits ein Sarkom bestanden habe ist durchaus zuzugeben. Bekannt ist, dass in atrophischen und phthisichen Augen Chorioidesarkome sich entwickeln. Interessant wäre es noch zu erfahren, ob der Patient blond oder brünett gewesen.

Masing: Die melanotischen Geschwülste müssen ihr Pigment aus irgend einem normaler Weise vorhandenen Pigment (der Haut, der Chorioidea, der Haare) beziehen, auch die Blut- und Gallenpigmente kämen in Betracht. Ihm sei aus der Litteratur ein Fall von Melanosarkom erinnerlich, wo die brünetten Haare bleich wurden.

Wladimirow: Bei weissen Thieren, sei häufig die Haut besonders stark pigmentiert, bei weissgefiederten Vögeln sogar die inneren Membranen.

Westphalen: Das Ergrauen der Haare beruht nicht auf Pigmentschwund, sondern auf Lufteintritt in die Haarschäfte.

Petersen: Beim Grauwerden der Haare findet beides statt, Pigmentschwund und Lufteintritt. Die Pigmentwanderzellen, die Chromatophoren, sind bezüglich der Anfangs- und Endstation ihrer Wanderung noch in Dunkel gehüllt. Nur das Faktum der Pigmentverschiebung selbst ist bisher bekannt.

Henking: Für die Naevi ist es in den letzten Jahren bekannt geworden, dass der Farbstoff aus dem Blut abgelagert wird. Auch das Pigment der Haut ist im Papillarkörper um die Capillaren herum abgelagert.

Hörschelmann: Wie verhält es sich bei Tieren, die je nach der Jahreszeit ihre Farbe wechseln?

Wladimirow: Bei diesen wachsen jedes Mal neue Haare verschiedener Farbe.

Germann: Bei seinem Besuche in der Leproserie von Jerusalem fiel es ihm bei 3 dunkelfarbigen Patienten auf, dass um die Knoten und Geschwüre ein heller pigmentfreier Saum sich vorfand. Hier dürfte es sich um einen Pigmentschwund, nicht um eine Verschleppung gehandelt haben.

Petersen: An seinen Lepramoulagen von den Sandwichinseln finden sich ebenfalls solche pigmentfreie Säume abgebildet.

Ferner erkundigt er sich nach dem Verhalten der Drüsen bei dem Uckeschen Patienten. Es sei doch auffallend, dass bei dem zwei Jahre währenden Wachstum und der diffusen Verteilung des Tumors in der Leber gar keine Metastasen in den Drüsen gefunden wurden.

Westphalen: Primäre Lebersarkome machen ebenso wie primäre Leberkarzinome keine Metastasen.

Wanach: Wie ist das lange Latenzstadium des Tumors zu erklären? Die Verschleppung der Zellen muss doch während der Augenverletzung selbst stattgefunden haben, und erst nach zwei Jahren wird der Tumor gefunden. Ein analoges Verhalten finde man auch bei anderen bösartigen Tumoren.

Ucke (Schlusswort): Ein Latenzstadium anzunehmen, ist nicht notwendig. Die ganze Krankheit bis zum Eintritt des Todes dauerte 2 Jahre. Soviel Zeit wäre wohl nötig zum Zustandekommen eines so kolossalen Tumors, wie er hier vorlag. — Da er Augen- und Schädelhöhle leider nicht seziert hat, kann er das Bestehen eines primären Tumors in diesen Gebieten nicht stricte in Abrede stellen, von welchem aus die Metastase in die Leber stattgefunden haben könnte. In diesem Falle würde Ribbert's Theorie zu Recht bestehen, dass Tumoren nur durch Verschleppung von Tumorzellen oder von Zellen, die zu solchen prädistiniert sind, entstehen können. — Pigment wird fraglos auch aus dem Blute gebildet, aber nicht schwarzes, sondern braunes. Jenes stammt in letzter Linie auch aus dem Blute, aber seine Bildung ist an gewisse Zellen, an die Chromatophoren gebunden. Jedenfalls kann man unter dem Mikroskop strikte das melanotische Pigment von dem Blut- und Gallenpigment unterscheiden.

Nachtrag zu dem von Ucke mitgeteilten Fall von Melanosarkom der Leber.

In der Sitzung vom 12. März macht Blessig folgende Mitteilung über den Befund am Auge des betr. Patienten:

K. W. 54 Jahre alt wurde am 10. April 1906 zur Enukleation des rechten Auges in die Augenheilanstalt aufgenommen.

Pat. gab an, dass das Auge vor 2 Jahren während einer Fahrt durch einen von den Hufen des Pferdes geschleuderten Schneeballen verletzt worden sei. Etwa ein Jahr lang sei danach das Auge ruhig gewesen, im zweiten Jahre aber schmerzhaft geworden. Die sich steigernden Schmerzen im erblindeten Auge veranlassten ihn jetzt auf die Enukleation einzugehen. Diagnose: Iridocyclitis traumatica, Katarakta traumat. oc. d. Enukleation am 11. April 1906. Das enukleierte Auge wird in schwacher Formalinlösung aufgehoben. In Veranlassung des Vortrages von Ucke hat Bl. das Auge heute aufgeschnitten (halbiert). Der Befund ist folgender: Etwas geschrumpfter Augapfel, Sklera stellenweise leicht eingesunken. Fast das ganze Augeninnere von einer braungrauen Geschwulstmasse ausgefüllt, die makroskopisch durchaus den Eindruck eines Melanosarkoms macht. In der Gegend des hinteren Pols ein dunkelbrauner linsengrosser Knoten innerhalb der Sklera (derselbe war schon bei der äusseren Besichtigung des Bulbus aufgefallen). Linse getrübt. Die topographischen Verhältnisse des Tumors sind insofern auffallend, als die Netzhaut nicht in der typischen Form der «Convolvulusblüthe» abgelöst ist, sondern stellenweise peripher von der Geschwulstmasse dieser anliegt. Diese eigentümlichen Verhältnisse mögen sich übrigens aus Verlagerungen erklären, die durch das Trauma gesetzt sein könnten.

Wir hätten es hier also mit einem jener nicht ganz seltenen Fälle von Sarkomentwicklung in einem phthisischen (schrumpfenden) Auge zu tun. Der intraokuläre Tumor wird in solchen Fällen meist nicht diagnostiziert weil er sich durch nichts, insbesondere nicht durch Drucksteigerung verrät. Auch in unserem Falle findet sich im Krankenbogen ausdrücklich notiert, dass das Auge weich (hypotonisch!) war.

Vorausgesetzt, dass die noch ausstehende mikroskopische Untersuchung die anatom. Diagnose Sarkoma chorioideae bestätigt, woran nach dem makroskop. Befund kaum zu zweifeln ist, war mithin das Sarkom der Leber ein sekundäres, metastatisches.

Wenn nach diesem Augenbefund der mitgeteilte Fall auch einiges an theoretischem Interesse einbüssen dürfte, so ist er

in seiner Gesammtheit doch höchst interessant, vielleicht ein Unikum zu nennen: Verletzung des Auges, — Sarkomentwicklung im verletzten schrumpfenden Auge, — Tod durch Metastase in der Leber. Die ätiologische Bedeutung des Traumas für die Entstehung des intraokularen Sarkoms welches zur Lebermetastase führte ist hier sehr wahrscheinlich, und so darf wohl mit einigem Recht behauptet werden, dass der Pat. an den Folgen der Augenverletzung zu Grunde gegangen ist.

(Eine ausführliche Mitteilung des Falles ist in Aussicht genommen).

(Autoreferat).

Ucke: Der Befund Blessigs bestärkt die Ribbertsche Theorie: die Choriodeazellen sind durch die Verletzung, durch die Verlagerung in ein anderes Stratum in Proliferation geraten. Dass ein bereits im Auge bestehender Tumor durch das Trauma zur Weiterentwickelung gebracht worden sei, wäre unwahrscheinlich. Immerhin bliebe noch die Möglichkeit bestehen, dass die Tumoren gleichzeitig sowohl im Auge wie in der Leber sich entwickelt hätten.

Direktor: Dr. W. Kernig.

Sekretär: E. Michelson.

Tagesnachrichten.

Personalia.

— Goldenes Jubiläum. In Warschau beging vor kurzem der dortige praktische Arzt Dr. Alexander Dobrzanski das 50-jährige Jubiläum seiner ärztlichen Tätigkeit. Der Jubilar, welcher im 75. Lebensjahre steht, beschäftigte sich speziell mit Augenkrankheiten.

— Die Universität Oxford hat dem Direktor das des Instituts für experimentelle Therapie in Frankfurt am Main, Professor Dr. Paul Ehrlich, den Grad eines Ehrendoktors verliehen.

— Der Arzt der Obermilitärgerichtsverwaltung Dr. Jakob v. Bretzel ist nach 38-jährigem Dienst mit Uniform verabschiedet worden, unter Beförderung zum wirklichen Staatsrat.

— Ausländische Orden: Dem Leibmedikus Dr. Sander ist das Kommandeurkreuz der französischen Ehrenlegion und dem älteren Ordinator des St. Petersburger Nikolai-Kinderhospitals Dr. Ebermann ist das Ritterkreuz des belgischen Leopoldordens verliehen worden.

— Jubiläumsfeier. Am Tage des 50-jährigen Jubiläums (25. Juni) des Direktors Dr. Karl Rauchfuss fand im Oldenburger Kinderhospital eine interne Feier statt, auf welcher der ält. Ordinator des Hospitals Dr. Jul. Serck die Begrüssungsrede an den Jubilar hielt. Im Laufe des Tages empfing der Jubilar zahlreiche Gratulanten in seiner Wohnung und erhielt viele Glückwunschtelegramme. Die offizielle Feier ist bekanntlich auf den Herbst verschoben worden.

— Für das nächste Lehrjahr 1907/8 sind an der Wiener Universität der Professor der Histologie Dr. Ebner von Rofenstein — zum Rektor und der Pathologe Prof. Paltauf — zum Dekan gewählt worden.

— Wie verlautet, soll an die Stelle des gegenwärtigen Verwaltungs-Direktors der kaukasischen Mineralbäder, Ingenieurs Iwanow, ein Arzt treten, und zwar der bewährte Direktor von Staraja-Russa Dr. S. Tilitschejew.

— Wie aus Heidelberg gemeldet wird, ist unserem dort lebenden Landsmann Baron Jakob Uexküll in Anerkennung seiner bedeutenden Experimente über Erregungsvorgänge in Nerven und Muskeln von der Heidelberger medizinischen Fakultät der Titel eines Doctor medicinae honoris causa verliehen worden. (Nordl. Ztg.) — Wenn wir uns nicht irren, ist der aus Estland gebürtige Baron J. Uexküll ein ehemaliger Jünger der Dorpater Universität, an welcher er von 1884—89 Zoologie studierte und in dieser Zeit mit Prof. Braun eine Reise zu wissenschaftlichen Zwecken nach Korfu machte.

— Sechs Lehrstühle für Gynäkologie und Geburtshülfe an reichsdeutschen Universitäten werden mit dem Schluss des Sommersemesters durch den Rücktritt ihrer bisherigen Inhaber frei: Es sind die Lehrstühle in Berlin (Prof. Dr. Olshausen), in Kiel (Prof. Dr. Werth), in München (Prof. Dr. v. Winckel), in Greifswald (Prof. Dr. Martin) in Marburg (Prof. Dr. Ahlfeld) und in Heidelberg (Prof. Dr. v. Rosthorn, der die Chrobak'sche Professur in Wien übernimmt). An Prof. Winckels Stelle tritt der Tübinger Gynäkologe Prof. Döderlein, zum Nachfolger Prof. Werths ist Prof. Dr. Pfannenstiel aus Giessen ernannt worden und das Olshausen'sche Klinische Institut für Frauenkrankheiten und Geburtshülfe wird, wie verlautet, Prof. Dr. Bumm von der gynäkologischen Klinik der Charité übernehmen. Die übrigen Vakanzen sind noch unbesetzt.

Nekrologe:

— Verstorben sind: 1) Am 28. Juni auf dem Gute Arrohof (im Dörptschen Kreise) der wirkliche Staatsrat Dr. Friedrich von zur Mühlen im 79. Lebensjahre. Der Hingeschiedene war zu Fellin in Livland geboren und erhielt seine Schulbildung in Birkenruh und Dorpat, worauf er sich dem Studium der Medizin an der Dorpater Universität von 1848—54 widmete. Nach Erlangung der Doktorwürde im Juni 1854 wurde er Militärarzt und diente als solcher anfangs im Finnländischen Garderegiment, dann im Leibgarde-Ulanenregiment, bis er 1857 zum Arzt der Palaisverwaltung in Oranienbaum ernannt wurde. Seit dem Jahre 1863 lebte er auf seinen Gute Arrohof, wo er zugleich die ärztliche Praxis ausübte. In den Jahren 1893—1903 fungierte er auch als Ehrenfriedensrichter des Dorpat-Werroschen Bezirks. 2) In Genf Dr. Alexander Elsniz, der seit ca. 20 Jahren in Nizza praktizierte und dort zu den gesuchtesten und beliebtesten Aerzten, namentlich in der dortigen russischen Kolonie, gehörte, an Aneurysma aortae. Der Verstorbene stammte aus Russland, musste aber als Student der Moskauer Universität im letzten med. Kursus wegen Beteiligung an einer politischen Affäre Russland verlassen und in Genf seine Studien fortsetzen. Nachdem er sodann in Paris die Venia practicandi erlangt hatte, praktizierte er zuerst als Landarzt in Frankreich, bis er sich vor ca. 20 Jahren in Nizza niederliess. 3) Am 24. Juni in St. Petersburg der jüngere Ordinator des Zarskoje-Sseloschen Hofhospitals Dr. Johan Wissnewski im Alter von 46 Jahren nach 12-jähriger ärztlicher Tätigkeit. 4) Am 17. Juni in Moskau der Fabrikarzt der Poljakowschen Manufaktur Dr. Sergius Pokrowski im 52. Lebensjahre. Der Verstorbene ist seit 52 Jahren in Moskau als Arzt tätig gewesen. 5) Am 1. Juli in Kasan der bekannte Syphilidologe Prof. emer. Dr. Alexander Gay im 65. Lebensjahre. Einen ausführlicheren Nekrolog bringen wir in der nächsten Nummer.

— In Jena ist der Direktor der Zeiss-Stiftung Prof. Dr. Siegfried Czaspski, der nach dem Tode Abbes seit $2^1/_2$ Jahren das berühmte Unternehmen leitete, nach einer Blinddarmoperation im Alter von 46 Jahren gestorben. Der Verstorbene hat sich durch seine Arbeiten auf dem Gebiete der instrumentellen Optik und durch die Förderung der medizinischen Polytechnik grosse Verdienste erworben.

Standesangelegenheiten.

— Dem Rektor der Odessaer Universität Prof. J. Santschewski sowie dem Prorektor dieser Universität Prof. E. Wasskowski, welche beide vom Konseil der Universität zu wissenschaftlichen Zwecken ins Ausland abkommandiert werden sollten, ist vom Minister der Volksaufklärung der Urlaub und die Abreise ins Ausland nicht gestattet worden, da beide dem Kriminalgericht übergeben worden sind und der dirigierende Senat bereits eine Voruntersuchung gegen diese beiden Vertreter der Odessaer Universität eingeleitet hat. (Cfr. Nr. 26, S. 257 dieser Wochenschrift.)

— Um das Andenken an den vor drei Jahren verstorbenen hervorragenden russischen Schriftsteller Dr. A. P. Tschechow, der bekanntlich praktischer Arzt war, dauernd zu erhalten, hat die Moskauer Universität beschlossen, ein Stipendium auf seinen Namen bei der Universität zu stiften.

— In Krassnojarsk sind auf höhere Anordnung aus Petersburg mehrere jüdische Aerzte, die dort im 31. Ostsibirischen Schützenregiment und im Militärlazarett mietweise angestellt waren, ohne Angabe der Ursache entlassen worden. (Sib. Wr. Wed. — R. Wr.)

— Der Eisenbahnarzt Dr. Saorski, welcher mit anderen Personen dafür zur gerichtlichen Verantwortung gezogen war, dass sie das Kaiserliche Manifest vom 17. Oktober den Bauern vorgelesen und erklärt hatten, ist jetzt zugleich mit den anderen vom Senat endgültig freigesprochen worden.

— Honorierung der ärztlichen Atteste für die Lebensversicherung in Deutschland. Auf dem im Juni d. J. stattgehabten deutschen Aerztetage stand u. a. die Revision der zwischen dem deutschen Aerztevereinsbunde und dem Verbande deutscher Lebensversicherungs-Gesellschaften bestehenden Vereinbarungen auf der Tagesordnung. Bisjetzt wird in Deutschland für ein hausärztliches Attest 5 Mark und für ein vertrauensärztliches Attest 10 Mark bezahlt. Diese Sätze erscheinen jedoch für die heutigen Verhältnisse zu niedrig. Bei der Abstimmung sprach sich daher die Versammlung zunächst einstimmig für die Forderung einer Erhöhung der Honorare aus; sodann wurde mit grosser Majorität beschlossen, das Honorar für das hausärztliche Attest auf 10 Mark und für das vertrauensärztliche Attest auf mindestens 15 Mark festzusetzen. Im Falle der Ablehnung dieser Forderungen durch die Versicherungsgesellschaften ist der Geschäftsausschuss beauftragt worden, den Vertrag zum nächsten zulässigen Termin zu kündigen.

Vereins- und Kongressnachrichten.

— Der nächste Cyklus des Berliner Dozenten-Vereins für ärztliche Ferien-Kurse beginnt am 30. September 1907 und dauert bis zum 26. Oktober 1907. Das Lektionsverzeichnis versendet unentgeltlich und erteilt Auskunft Herr Melzer, Ziegelstrasse 10/11 (Langenbeck-Haus).

Epidemiologisches

Pest in Indien. Nach einer Mitteilung des deutschen Reichsgesundheitsamtes verbreitet sich die Pest in den reich bevölkerten Gegenden Ostindiens ganz ungeheuerlich, so dass ein Ende der seit dem Oktober 1896 dort herrschenden Seuche nicht so bald zu erwarten ist. In den ersten drei Monaten dieses Jahres wurden schon über 500,000 Todesfälle an der Pest festgestellt. Vom Oktober 1896 bis Ende 1900 sind in ganz Indien nur 403,700 Personen an der Pest gestorben, von da bis Ende 1905 jedoch 3,675,000, dann im Jahre 1906 rund 332,000, so dass im April d. J. bereits die Zahl von 5 Millionen Todesfällen an der Pest überschritten wurde.

Die scharfen Abwehrbestimmungen, die alle Staaten gegen diese Volksseuche durchführen, haben eine grössere Verbreitung ausserhalb Indiens verhindert doch in vereinzelten Fällen ist die Pest auch in Egypten, China, Japan, Britisch-Südafrika u. a. Orten aufgetreten.

Neuerdings wird aus Alexandria telegraphisch gemeldet, dass in einem dortigen Hotel 6 Pesterkrankungen vorgekommen sind. Fünf der Erkrankten sollen Europäer sein. Es ist daher eine 3-tägige Quarantäne angeordnet worden.

Pestfall in Russland. Am 30. Juni wurde in Odessa der 25 Jahre alte Heizer Nikolenko vom Dampfer «Cäsarewitsch» der Russischen Handels- und Dampfschiffahrtgesellschaft ins Stadthospital gebracht, wo er in der Nacht starb. Die Obduktion ergab Bubonenpest, worauf sofort zur Desinfektion des Raumes geschritten wurde, in welcher der Kranke starb, sowie des Dampfers «Cäsarewitsch», der die Alexandrinische Schifffahrtlinie bedient hatte.

Verschiedene Mitteilungen.

— Von der Hauptverwaltung des Russischen «Roten Kreuzes» sind seit dem 1. Juli in St. Petersburg eine «Zentralniederlage» und zugleich in den wichtigsten Städten des Reiches «lokale Niederlagen» ins Leben gerufen worden, welche die Aufgabe haben werden, für Kriegs- und Volksnöte eine fertige Hospitalausrüstung für 14,000 Betten zur Verfügung zu stellen. Zum Leiter der Zentralniederlage ist der ehemalige Bevollmächtigte des «Roten Kreuzes» in Charbin, Kapitän des Pawlowschen Leibgarderegiments A. Lehmann ernannt worden.

— Ueber die Zunahme des Krebses hat Sir William Church im Generalkomitee zur Förderung der Untersuchungen über die Krebskrankheit auf seiner letzten Versammlung in London recht betrübende Mitteilungen gemacht. Die Wahrscheinlichkeit, an Krebs zu sterben, bestehe nach ungefährer Schätzung heute für acht Prozent aller Männer, für Frauen betrage die Wahrscheinlichkeitsziffer sogar zwölf Prozent. Leider musste Sir W. Church auch melden, dass allen in der letzten Zeit bekannt gewordenen neuen Behandlungsweisen der Erfolg versagt geblieben sei, — so auch dem Trypsin, dem man grossen Wert beigemessen hatte, das sich aber auf die Entwickelung der Krebsgeschwülste ohne jeden Einfluss erwiesen habe.

Bf.

— Die Gesamtzahl der Kranken in den Zivilhospitälern St. Petersburgs betrug am 23. Juni d. J. 10638 (88 wen. als in der Vorwoche), darunter 596 Typhus — (6 mehr), 839 Syphilis — (13 wen.), 273 Scharlach — (5 wen.), 210 Diphtherie — (16 mehr), 134 Masern — (24 wen.), und 12 Pockenkranke — (3 wen. als in der Vorw.).

— Die Gesamtzahl der Sterbefälle in St. Petersburg betrug in der Woche vom 17. bis zum 23. Juni d. J. im ganzen 899 (508 M., 391 W.), darunter an folgenden Krankheiten:

Typhus exanth. 1, Typhus abdom. 29, Febris recurrens 0, Typhus ohne Bestimmung der Form 0, Pocken 0, Masern 38, Scharlach 15, Diphtherie 17, Croup 0, Keuchhusten 3, Kroupöse Lungenentzündung 23, Erysipelas 4, Grippe 3, Katarrhalische Lungenentzündung 84, Ruhr 3, Epidemische Meningitis 0, Akuter Gelenkrheumatismus 0, Parotitis epidemica 0, Rotzkrankheit 0, Anthrax 0, Hydrophobie 0, Puerperalfieber 0, Pyämie und Septicaemie 8, Tuberkulose der Lungen 75, Tuberkulose anderer Organe 22, Alkoholismus und Delirium tremens 7, Lebensschwäche und Atrophia infantum 52, Marasmus senilis 22, Krankheiten des Verdauungskanals 210, Totgeborene 46.

ANNONCEN JEDER ART werden in der **Buchhandlung** von **K. L. RICKER** in St. Petersburg, Nevsky-Pr. 14, sowie in allen in- und ausländ. Annoncen-Comptoiren angenommen.



Kissingen

Dr. C. Dapper's * Sanatorium *

„Neues Kurhaus" für Magen- und Darmkrankheiten, Fettsucht (Entfettungskuren unter Stoffwechsel-Kontrolle). Diabetes, Gicht, Herz- und Nierenkrankeiten, Neurasthenie, Mastkuren, Elektro- und Hydrotherapie in allen Formen. April — Dezember. Prospekte.

Dr. C. Dapper Kgl. Preuss. Professor Kgl. Bayr. Hofrat, (33) 14—8.

Natürliche Mineralwasser



VICHY



Die Quellen gehören der Französischen Regierung.

Man hüte sich vor Nachahmungen und bezeichne genau die Quelle.

VICHY CÉLESTINS — Nieren-, Harnblasen-, Krankheiten.

VICHY GRANDE GRILLE — Leber- und Gallenblasen-Krankheiten.

VICHY HOPITAL — Krankheiten der Verdauungs-Organe, des Magens und der Därme.

Kissingen

fördert den Stoffwechsel

Rakoczy weltbekannt bei Stoffwechselkrankheiten, Magen- und Darm-Störungen.

Maxbrunnen Heil- u. Tafelwasser bei Katarrhen der Atmungs- u. Verdauungsorgane, bei Nieren, Blasen u. Gallenstein u. bei Gicht.

Kissinger Bitterwasser, Kissinger Badesalz, Bockleter-Stahlbrunnen,

Ärzte erhalten Vorzugsbedingungen, sowie Proben kostenfrei. Überall erhältlich, sowie durch direkten Bezug.

Verwaltung d. k. Mineralbäder Kissingen u. Bocklet.

Das erste Moorbad der Welt

FRANZENSBAD

besitzt die stärksten Stahlquellen, leichtverdauliche Eisensäuerlinge, alkalische Glaubersalzwässer, Lithionsäuerlinge. Natürliche kohlensäurereichste Stahl-, Mineral-, Sool- und Strombäder, heilkräftige Moorbäder, Dampf-, Heissluft-, elektrische Wannen- und Lichtbäder, mediko-mechanisches Institut, Inhalatorium.

Oesterreichs hervorragendstes Herzheilbad.

Bewährt bei: Blutarmut, Bleichsucht, Rheumatismus, Gicht, Nervenkrankheiten, Frauenkrankheiten, Herzkrankheiten.

Saison Mai bis September. *Prospekte gratis.* (26) 12—8.

Dr. Hofmann's Kuranstalt

Bad Nauheim

Spezialanstalt für herzleidende Neurastheniker. Entfettungskuren bei herzleidenden nach eigener Methode. Prospekt frei.

Dr. Hofmann, Dr. Pöhlmann.

(56) 15—6.

Dr. Hofmann praktiziert auch ausserhalb der Kuranstalt.

Nach langjähriger spezialistischer Tätigkeit in **Berlin praktiziere** ich im Sommer in

Bad Reichenhall.

Dr. Franz Rosenfeld,
Spezialarzt

für **Nasen-, Hals-** und **Lungenleiden.**
(Haus Duschl).

Dr. med. Carl Boeckel

aus St. Petersburg.

Bad-Nauheim (Winter: San Remo).

Herausgeber Dr. Rudolf Wanach. Buchdruckerei v. A. Wienecke Katharinenhofer Pr. № 15.

XXXII. JAHRGANG. ST. PETERSBURGER Neue Folge XXIV. Jahrg.

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Redaktion von

Prof. Dr. Karl Dehio. Dorpat.
Dr. Johannes Krannhals. Riga.
Dr. Rudolf Wanach. St. Petersburg.

Die „St. Petersburger Medizinische Wochenschrift" erscheint jeden Sonnabend.—Der Abonnementspreis ist in Russland 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr inkl. Postzustellung; in den anderen Ländern 20 Mark jährlich, 10 Mark halbjährlich. Der Insertionspreis für die 3mal gespaltene Zeile in Petit ist 20 Kop. oder 45 Pfen.—Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt. —Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.

Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate bittet man ausschliesslich an die Buchhandlung von K. L. Ricker in St. Petersburg, Newsky-Prospekt № 14, zu richten. — Manuskripte sowie alle auf die Redaktion bezüglichen Mitteilungen bittet man an den geschäftsführenden Redakteur Dr. R. Wanach in St. Petersburg, Petersb. Seite, Alexandrowski Pr. 6 zu richten. Sprechst. Dienstag, Donnerstag und Sonnabend 5—6.

№ 28 St. Petersburg, den 14. (27.) Juli. 1907.

Die Lumbalanästhesie bei urologischen Operationen.

Von

Dr. med. G. v. Engelmann.

Dirig. Arzt der Abteilung für venerische, Haut- und Harnkrankheiten am Stadt-Krankenhause zu Riga.

(Vortrag gehalten in der Gesellschaft prakt. Aerzte zu Riga. 18. April 1907).

M. H. Seit der ersten Publikation Biers über die Resultate der, von ihm zur Methode ausgestalteten, Injektion von Kokain in den Rückenmarkskanal, zur Erzielung einer Anästhesie der unteren Körperhälfte, hat diese Methode, nach mancherlei Umgestaltung und Verbesserung, immer weitere Verbreitung und Anerkennung gefunden.

Wenn auch die Lumbalanästhesie schon in ihrer jetzigen Gestalt ihre anerkannte Stellung als Fortschritt in der chirurgischen Technik errungen hat, so sind die Erfahrungen über dieselbe dennoch keineswegs als abgeschlossen anzusehen; wichtige Momente, die ihre Technik, ihr Anwendungsgebiet und ihre Indikationen betreffen unterliegen noch der Diskussion und veranlassen einen lebhaften Meinungsaustausch, ein Zeichen dass die Methode noch weiterer Vervollkommnung bedarf und eine solche erwarten lässt.

Es ist daher wünschenswert, dass in möglichst ausgedehntem Maasse diese Frage zur Diskussion gestellt, dass aus möglichst allen Gebieten operativer Therapie Erfahrungen gesammelt und veröffentlicht werden.

Ist es doch nicht allein die Abwägung der Erfolge und Gefahren der Methode an sich, welche die Kriterien für die Beurteilung ihres Wertes bilden; das Krankenmaterial an welchem dieselbe angewandt wird die Art der vorzunehmenden Operationen fallen ebenso sehr in das Gewicht; verschiedenartig werden die Gesichtspunkte sein, die für den Gynäkologen, den Chirurgen oder Urologen bei seiner Bewertung der Methode maassgebend sein müssen. Es sei mir daher gestattet die Erfahrungen, die ich bei meinen urologischen Operationen mit der Lumbalanästhesie zu machen Gelegenheit gehabt habe, Ihnen hier vorzulegen.

Zur Beurteilung der Lumbalanästhesie in ihrer gegenwärtigen Gestalt und der Möglichkeit ihrer weiteren Vervollkommung ist zunächst nötig kurz die Hauptmomente der Entwickelung zu betrachten, welche dieselbe bis jetzt genommen hat.

Die Idee stammt von Corning, der im Jahre 1885 als erster die Punktion des Wirbelkanals und die Injektion von Kokainlösung in denselben zum Zwecke der Anästhesierung der Nervenstämme experimentell an Tieren versucht hat. Seine Versuche blieben jedoch unbeachtet. Im Jahre 1891 erfand Quincke die Technik der Lumbalpunktion zu diagnostisch-therapeutischen Zwecken, Sicard nahm die Versuche an Tieren mit der Kokainisierung des Wirbelkanals wieder auf.

In der Lumbalanästhesie eine für die Chirurgie praktisch brauchbare Methode geschaffen und den Anstoss zu deren weiteren Vervollkommnung gegeben zu haben gebührt, wie schon erwähnt A. Bier.

Die 1899 von ihm publizierten ersten Versuche [1]) Kokain in den Rückenmarkskanal beim Menschen zum Zweck der Anästhesierung zur Vornahme von Ope-

[1]) Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. 51.

rationen, zu injizieren, waren freilich auch von mancherlei Uebelständen begleitet, heftige Nach- und Nebenwirkungen trübten den in Bezug auf das gewünschte Resultat, eine Anästhesierung der unteren Körperhälfte, allerdings prompten Erfolg. Trotzdem wurde die Methode, namentlich von französischer Seite (Tuffier) mit einem Enthusiasmus aufgenommen und in einer Ausdehnung angewandt, die Bier selbst veranlasste vor einer zu grossen Verallgemeinerung derselben zu warnen und als ein Postulat für ihre praktische Anwendung weitere Ausarbeitung und Verbesserung ihrer Technik hinzustellen.

Den Hauptfehler sah Bier in der Toxizität des Kokains. Es musste sich daher vor allem darum handeln, entweder weniger giftige Anästhetika oder Mittel zu finden, welche im Stande wären dem Kokain seine Giftwirkung zu nehmen oder herabzusetzen respektive seine Einwirkung auf die oberen Teile des Zentralnervensystems zu verhindern.

Nach beiden Richtungen wurde mit Erfolg gearbeitet. Bier fand, nach zahlreichen Versuchen mit verschiedenen anästhesierenden Mitteln, in dem vom Franzosen Fourneau erfundenen Stovain, eine Substanz die im Stande war die anästhesierende Kraft des Kokains zu entfalten, ohne seine Gefahren in sich zu schliessen.

Der 2. Forderung entsprach die Hinzufügung der von Braun bei der Lokalanästhesie eingeführten Nebennierenpräparate, des Adrenalin, Suprarenin etc. zu der zu injizierenden Kokain resp. Stovainlösung. Diese bewirken bei der subkutanen Anwendung, durch erhebliche Verlangsamung der Resorption eine wesentlich gesteigerte Kokainwirkung bei viel geringerer Intoxikationsgefahr.

Für die Lumbalanästhesie bedeutete ihre Einführung einen ganz wesentlichen Fortschritt welcher ihre praktische Verwertbarkeit sicherstellte, wenn auch ihre Wirkung hier wohl anders aufzufassen ist, als bei der Lokalanästhesie und wohl nicht durch Resorptionsbeschränkung allein erklärt werden kann.

Die gefahrdrohenden Nebenwirkungen der Kokaininjektion in den Duralsack (Atemnot, Schweissausbruch, Erbrechen und Collaps) tragen meist nicht den Charakter einer resorptiven Kokainintoxikation, sondern den einer örtlichen Beeinflussung der höhergelegenen Nervenwurzeln der Medulla oblongata und des Gehirns [2]). Braun [3]) erklärt den günstigen Einfluss der Nebennierenpräparate bei der Lumbalanästhesie durch die zusammenziehende Wirkung auf die, der Injektionsstelle zunächst liegenden, Gefässe im Duralsack, welche daselbst einen beträchtlichen Raum einnehmen.

An der Injektionsstelle entsteht dadurch eine lokale Druckerniedrigung, zu deren Ausgleich eine, nach der Gegend der Injektion absteigende Strömung des Liquor cerebrospinalis erforderlich ist. Wie dem auch sei, die Thatsache, dass die Kokainwirkung sich durch den Zusatz der Nebennierenpräparate auf den Lumbalteil des Wirbelkanals beschränken liess war evident, damit war die Hauptgefahr beseitigt und die praktische Verwertbarkeit der Methode hatte sehr wesentlich gewonnen.

Einen weiteren Fortschritt bildet die Einführung isotonischer Lösungen als Injektionsmittel, wenngleich ihre Bedeutung nicht von allen Seiten gleich bewertet wird.

Diese Verbesserung richtet sich speziell gegen die Nachwirkungen der Medullaranästhesie, Diese, hauptsächlich bestehend in: Kopfschmerzen, Rücken- und Nackenschmerz, Schüttelfrost und Fiebererscheinungen tragen den Charakter einer meningealen Reizung. Quinard [4]) machte bei Operierten die solche Nachwirkungen zeigten eine 2. Lumbalpunktion und fand, dass der Liquor unter erhöhtem Druck stand, die Erscheinungen schwanden nachdem 10—20 Cub. Ctm. Liquor abgeflossen waren. Von Ravant und Aubourg [5]) wurde die Anwesenheit von Leukozyten in der Cerebrospinalflüssigkeit bei einem ähnlichen Fall nachgewiesen. Diese Erscheinungen fehlten bei Patienten, die nicht an Nachwirkungen litten. Quinard der einem Menschen 2 ccm. Wasser lumbal injizierte, was zu ähnlichen Nachwirkungen führte (Kopfschmerzen, Temperatursteigerung) schloss aus diesen Erscheinungen, dass die Hypotonie der Lösungen an den Nachwirkungen schuld sei und proponierte das Kokain in der Cerebrospinalflüssigkeit selbst aufzulösen, auch von anderen wie z. B. von Braun wird dieses Verfahren mit Erfolg geübt. Im Allgemeinen werden jetzt isotonische Lösungen meist dadurch hergestellt, dass man zu der Injektionsflüssigkeit entsprechende Kochsalzzusätze macht.

Endlich waren es die Verbesserungen der Technik welche eine weitere Vervollkommung der Methode brachten und Hand in Hand mit den erwähnten Momenten die Gefahren derselben wesentlich einschränken halfen.

War auch durch die Einführung weniger toxisch wirkender Substanzen ein wichtiger Schritt gethan, so musste eine weitere Einschränkung der Giftwirkung durch möglichste Herabsetzung der Quantität des injizierten Mittels erstrebt werden. Diesem Streben stellte sich zunächst ein anderes Moment entgegen:

Nicht nur die schädlichen Neben- und Nachwirkungen galt es zu bekämpfen, auch die Misserfolge und halben Wirkungen mussten vermieden werden. Die Erfahrung lehrte, dass man mit verhältnissmässig geringen Quantitäten wohl eine Anästhesie des Dammes und der unteren Extremitäten erzielen könne, dass aber die von höher gelegenen Nervenwurzeln versorgten Partien unbeeinflusst blieben. In der Beckenhochlagerung wurde ein Mittel gefunden der Anästhesie eine weitere Ausdehnung zu geben ohne die Dosis steigern zu müssen. Bei genügender Kontrole ist dieselbe ohne Gefahr, wenn auch mit der weiteren Ausdehnung der Anästhesie nach oben, die Möglichkeit unerwünschter Nebenwirkungen wächst.

In Bezug auf die zu verwendenden Anästhetika herrschen noch die grössten Meinungsverschiedenheiten. Das zur Zeit wohl am meisten angewandte Mittel ist das von Bier empfohlene Stovain, das Kokain ist wohl allgemein verlassen worden. Das von manchen Autoren gerühmte Novocain und Alypin haben in letzter Zeit mehrfach abfällige Beurteilung erfahren [6]). Nebenerscheinungen scheinen danach häufiger zu sein ohne dass Vorteile vor dem Stovain vorhanden wären. Dagegen mehren sich die Stimmen zu Gunsten der Anwendung des Tropakokains, dem eine geringere Beeinflussung der motorischen Nerven zugesprochen wird, wodurch allerdings eine geringere Gefährlichkeit bedingt wäre und wodurch dasselbe wenigstens für höherreichende Anästhesirung geeigneter erscheinen dürfte als das Stovain welches gerade auch die motorischen Wurzeln stark beeinflusst. Wo die motorische Lähmung erwünscht erscheint, wie bei vielen urologischen Operationen, wäre dagegen das Stovain zu bevorzugen.

[2]) Heineke und Löwen. Arch. f. klin. Chir. 81.
[3]) Die Lokalanästhesie und ihre wissensch. Grundlagen. Leipzig, 1905.

[4]) Guinard. Press. med. 1901.
[5]) Bull de la soc. d. Biologie 1901.
[6]) Heineke und Läwen. Beitr. zur Klin. Chir. 50, Baisch. Betr. z. Klin. Chir. 52.

Bei meinen Operationen habe ich mich ausschliesslich des Stovains bedient und zwar benutzte ich die die von Billon (Paris) gelieferten sterilen Glastuben, welche in 2 Cub. ctm. isotonischer Lösung 0,08 Gramm Stovain und einen Zusatz von Epirenan gebrauchsfertig enthalten. Von dieser Lösung wurden Quantitäten welche 0,04 bis 0,06 Stovain enthielten je nach der gewünschten Ausdehnung und Dauer der Anästhesie verwandt, (ausnahmsweise bis 0,072).

Die Technik in ihrer jetzigen Ausgestaltung lässt sich am besten bei der Beschreibung der Ausführung der Lumbalanästhesie schildern. Eine Menge von Kleinigkeiten ist dabei zu beachten, die für den Erfolg und die Vermeidung von Nebenwirkungen von ausschlaggebender Wichtigkeit sind.

Das Instrumentarium besteht aus einer langen Hohlnadel mit Mandrin und einer sterilisierbaren Spritze mit Kubikmillimetereinteilung. Es ist wichtig dass die Nadel eine kurze, steil, nicht zu schräg, abgeschliffene Spitze habe, sonst besteht die Gefahr dass ein Teil der Oeffnung ausserhalb des Subarachnoidealraumes bleibt und dadurch beim Injizieren ein Teil der Lösung gar nicht in denselben gelangt. Es ist mir nicht zweifelhaft, dass ein Teil der anfangs von mir erlebten ungenügenden Anästhesien und Versager auf eine solche fehlerhafte Nadelspitze zurückzuführen sind. Zu beachten ist ferner, dass weder in der Spritze noch in der Nadel Reste von Sodalösung in welcher die Instrumente gekocht wurden zurückbleiben dürfen, da durch geringe Mengen derselben das Stovain unwirksam wird. Spritze und Nadel müssen also durch steriles Wasser von Soda befreit werden.

Der Gang des Verfahrens ist folgender: Nachdem Alles für den Beginn der Operation bereit gemacht ist, wird der Patient quer auf den Tisch gesetzt und angewiesen den Rücken maximal zu krümmen. Dass auch die Lumbalgegend wie für einen operativen Eingriff vorbereitet sein muss ist selbstverständlich. Durch eine Horizontale welche die beiden Darmbeinkämme mit einander verbindet findet man den processus spinosus des 4. Lendenwirbels. Im II. oder III. Intervertebralraum wird die Punktion vorgenommen, da das Rückenmark beim Erwachsenen nicht tiefer als bis zum oberen Teil des II. Lendenwirbels reicht (bei Kindern reicht es etwas tiefer). Von grosser Wichtigkeit ist die Art des Einstiches. Das Versagen oder die mangelhafte Ausbreitung der Anästhesie ist durch richtige Ausführung der Punktion wohl mit Sicherheit zu vermeiden, da dasselbe wohl nicht in individueller Disposition, einem „refractären Verhalten" des Patienten gegenüber dem Anästhetikum, seinen Grund hat, sondern in technischen Fehlern. Es ist zweckmässig nach der Vorschrift von Dönitz [7]) genau in der Mittellinie einzustechen und nicht seitlich wie es von Manchen geübt wird, man vermeidet damit am besten, dass die Nadel in die eine Seite der Nervenbündel der Cauda equina gerät, wodurch halbseitige Anästhesien hervorgerufen werden können, indem die injizierte Lösung sich in den Zwischenräumen dieser Nervenstränge verbreitet. Mit der Nadel langsam vordringend trifft man auf den derb-elastischen Widerstand der Dura, es empfiehlt sich jetzt den Mandrin aus der Nadel zu entfernen um sofort bei genügendem Liquorabfluss mit dem Weitergehen inne zu halten. Es ist wichtig die Nadel weder zu oberflächlich noch zu tief in den Rückenmarkskanal zu führen. Sobald der Liquor im Strahle auszufliessen beginnt liegt die Nadel richtig.

[7]) Arch. f. klin. Chir. Bd. 77.

Mit Recht hat Dönitz [8]) darauf hingewiesen, dass dieser Umstand für das Zustandekommen einer vollkommenen Anästhesie von grösster Wichtigkeit ist, da das schlechte Abfliessen des Liquor meist nicht die Folge von Verschiedenheiten des Druckes ist unter dem der Liquor steht, sondern von einer fehlerhaften Lage der Nadelspitze abhängt. Die beiden Caudahälften fassen einen schmalen mit Liquor cerebrospinalis gefüllten Raum zwischen sich dessen Weite 2—5 mm. beträgt und in dessen Tiefe die Spitze des Conus medullaris liegt. Trifft die Nadel diesen Raum, so fliesst der Liquor im Strahle ab und die in denselben injizierte Lösung kann sich nach allen Richtungen gleichmässig verbreiten. Nur bei der Injektion in diesen Raum kann die Beckenhochlagerung ein Höherreichen der Anästhesie bewirken. Fliesst der Liquor nur tropfenweise ab so ist man entweder abgewichen und zwischen die Fasern der Cauda equina geraten oder die Nadelspitze ist nicht genügend tief eingedrungen. — Von dem Liquor lässt man ungefähr soviel abfliessen, als man Flüssigkeit zu injizieren gedenkt, (zu reichlicher Liquorabfluss bewirkt Nachwirkungen wie Kopfschmerzen u. s. w.).

Nach der Injektion wird der Patient auf den Rücken gelagert und, je nachdem ob man eine höher oder niedriger reichende Anästhesie braucht, in dieser Lage belassen oder in eine mehr oder weniger ausgesprochene Beckenhochlagerung gebracht. — Nun beobachtet man den Eintritt der Anästhesie, deren Schnelligkeit sich sehr verschieden gestaltet. Manches mal sieht man schon nach einigen Minuten complete Anästhesie und motorische Lähmung der Beine eintreten, in anderen Fällen muss man bis 15 Minuten auf die völlige Ausbildung derselben warten, in einigen Fällen habe ich bei kompletter Anästhesie das Ausbleiben der motorischen Lähmung erlebt. Das hängt wohl am meisten von der Injektionsstelle und der Dosis ab, doch mögen dabei auch individuelle Verschiedenheiten der Reaktion auf das Mittel eine Rolle spielen.

Die Unempfindlichkeit beginnt meist am Damme und den Genitalien um dann von den Füssen an den Beinen aufzusteigen; die Haut- und Sehnenreflexe verschwinden; später wird dann die Unterbauchgegend betroffen und allmälig kann dann die Anästhesie über den Nabel und höher hinauf sich ausdehnen, entsprechend der Dosis und der Lagerung.

Die Unempfindlichkeit ist bei technisch richtig ausgeführter Injektion eine absolute und hält 1—2 Stunden an, eine auch für die Ausführung grösserer Eingriffe im Allgemeinen ausreichende Zeit.

Seit dem Sommer vorigen Jahres habe ich in meiner Abteilung des Krankenhauses die Lumbalanästhesie an Stelle der Chloroformnarkose anzuwenden begonnen, in dieser Zeit ist dieselbe in 56 Fällen von mir in Anwendung gebracht worden und zwar betreffen dieselben folgende Eingriffe:

27 Operationen bei Prostatahypertrophie und zwar:

6 suprapubische Prostatectomien.

17 galvanokaustische Discisionen der Prostata nach Bottini.

4 Vasektomien.

Ferner: 4 Lithotripsien.

6 Mal Sectio alta bei Steinen und Tumoren.

2 Excisionen ausgedehnter Papillome der Genitalien.

8 Kastrationen bei Tuberkulosis testis.

5 Radikaloperationen der Hydrocele.

4 periurethrale Abszesse mit Urethralfisteln.

[8]) l. c.

1 Harnröhrenplastik.

1 Amputatio penis (Karzinom).

1 Incision eines Prostataabszesses vom Damm aus.

1 Phimosenoperation.

1 Cystoscopie bei intoleranter Blase (Karzinom).

Die operierten, sämmtlich Männer, standen im Alter von 16—90 Jahren, die meisten waren über 50 Jahre alt. Es waren also sämmtliche Altersklassen, ausser Kindern vertreten. Eine Verschiedenheit der Wirkung in den verschiedenen Altersstufen liess sich nicht konstatieren.

Unter diesen 56 Fällen hatte ich in 48 Fällen komplete Anästhesie (85,7 %) bei den übrigen 8 = (14,3 %) verlief der Eingriff nicht vollkommen schmerzlos.

In 4 Fällen wurde zur Beendigung der Operation zum Chloroform gegriffen. 1 Mal wurde durch eine 2. Injektion komplete Anästhesie erreicht und 3 Fälle konnten ohne weitere Anästhesierung beendet werden.

Zur Beurteilung dieser 8 unvollständigen Erfolge sei darauf hingewiesen, dass 6 von ihnen unter den ersten 23 Fällen vorkamen, in welcher Zeit ich mit einer sehr schräg abgeschliffenen Nadel gearbeitet hatte, unter den späteren 33 Fällen kamen nur 2 unvollständige Anästhesien vor. — Während weitaus die meisten Patienten während der Operation keine störenden Nebenerscheinungen hatten, sich vollkommen wohl fühlten nachdem durch den prompten Eintritt vollkommener Gefühllosigkeit ihre Zweifel besiegt worden waren und ihr Gemüt sich beruhigt hatte, machte sich bei einer geringen Anzahl ein gewisses Schwächegefühl bemerkbar das meist nach Darreichung von etwas Wein vollkommen schwand und wobei objektiv weder am Pulse noch sonst welche beunruhigenden Veränderungen wahrgenommen wurden. Hier handelt es sich vielleicht überhaupt nicht um Stovainwirkung sondern, dürfte eher die vorangegangene Aufregung und die Leere des Magens zu beschuldigen sein. Zu ausgesprochenen Nebenerscheinungen kam es nur in 4 Fällen.

2 mal wurde Collaps beobachtet, 1 mal bei einem 59-jährigen durch Blutungen geschwächten Blasenkarzinomkranken, hier ist die hohe Dosis von 0,072 Stovain zu beschuldigen, es traten Atembeschwerden und kleiner Puls ein, das 2. mal bei einem 74jährigen Prostatiker welcher Komplikationen von Seiten des Herzens und der Niere aufwies und bei dem ich die Prostatectomie anfangs unter Lokalanästhesie auszuführen versuchte, während der Operation wurden wegen starker Schmerzen 0,04 Stovain lumbal injiziert, es trat vorübergehender Collaps, ohne Atembeschwerden ein, den ich jedoch mehr der Shokwirkung der Operation als dem Stovain zur Last legen möchte.

In beiden Fällen genügten einige Kampherinjektionen, um die bedrohlichen Erscheinungen zum Schwinden zu bringen. Der weitere Verlauf der Operation war ungestört.

Bei den beiden übrigen Fällen handelte es sich um Kopfschmerzen und Uebelkeit während der Operation, in dem einen Fall kam es auch zu Würgebewegungen, Darreichung eines Glases Wein schaffte beide male Abhülfe.

Nachwirkungen welche der Lumbalanästhesie zur Last fallen habe ich in 12 Fällen beobachtet. Sie waren sämmtlich vorübergehender Natur, meist leicht und für die Patienten nicht besonders quälend.

Sie bestanden hauptsächlich in Kopfschmerzen oder Rückenschmerzen zuweilen kombiniert, auch Steifigkeit im Nacken wurde ein paar mal beobachtet. Diese Erscheinungen dauerten gewöhnlich einen, höchstens 2 Tage, Migränin und Pyramidon schafften meist Linderung oder Aufhören dieser Symptome.

In einem Falle, bei einem 55-jährigen Prostatiker an welchem die Bottinische Operation ausgeführt worden war ging die Parese der Beine, welche sonst im Laufe einiger Stunden völlig zu schwinden pflegt, erst im Laufe einer Woche langsam zurück. Der Patient hatte 0,05 Stovain in den III. Intervertebralraum erhalten, die Anästhesie war eine komplete gewesen. Weder Nebenerscheinungen noch sonstige Nachwirkungen der Lumbalanästhesie waren zu verzeichnen. Der Liquor war schnelltropfend abgeflossen, die ersten Tropfen hatten eine klare rötliche Färbung, möglicherweise hat es sich um eine Blutung in den Duralsack gehandelt.

Temperatursteigerungen wurden gelegentlich beobachtet, doch war ihr Zusammenhang mit der Stovaininjektion zweifelhaft. Sonstige Nachwirkungen, wie die mehrfach berichteten Augenmuskellähmungen, habe ich bei meinen Patienten nicht beobachtet.

Fasse ich die Resultate meiner Beobachtungen zusammen und ziehe ich daraus unter Berücksichtigung der in der Literatur publizierten Erfahrungen den Schluss für die Beurteilung des Wertes der Lumbalanästhesie für die Operationen am Urogenitalapparat, so muss das Ergebniss dahin lauten, dass die Einführung der Lumbalanästhesie einen wesentlichen Fortschritt für die Technik und Ausführbarkeit dieser Operationen bedeutet.

Die Vorteile welche sie bietet bestehen in erster Linie in dem Fortfall der Gefahren für das Herz, die Nieren und die Lungen wie sie der Chloroform-, resp. Aethernarkose anhaften.

Bei dem oft hohen Alter der bei Blasen- und besonders Prostataoperationen in Betracht kommenden Patienten, bei dem häufigen Vorhandensein von Komplikationen seitens des Gefässsystems und der Nieren wird ein radikaler Eingriff durch die Lumbalanästhesie oft geradezu erst ermöglicht oder bei den notwendigen Operationen dem Patienten die Wohltat der Schmerzlosigkeit verschafft, wo die Inhalationsnarkose zu grosse Gefahren bieten würde.

Bei der weiteren Ausgestaltung ihrer Technik welche die Lumbalanästhesie in letzter Zeit erfahren hat und welche in der Zukunft zu erwarten ist, erscheint diese berufen für einen Teil der hier in Frage kommenden Operationen die Inhalationsnarkose zu verdrängen.

Wer Lithotripsien unter Chloroformnarkose ausgeführt hat, dem ist es gewiss schon begegnet, dass bei intoleranter Blase, trotz anscheinend tiefer Narkose, die Blase sich reflektorisch um das Instrument kontrahiert und in seinen Bewegungen hindert, was zu sehr unliebsamen Störungen führt, die Operationsdauer verlängert und das Resultat beeinträchtigen kann. Bei der Operation in Lumbalanästhesie kommt das nicht vor. Die Blasenwand befindet sich dank der motorischen Lähmung in vollkommener Ruhe und stört die Bewegungen des Instrumentes auch bei sehr reizbarer Blase in keiner Weise, ebenso ungestört verläuft die Herausbeförderung der Steintrümmer. Ich würde daher bei der Lithotripsie in jedem Falle die Lumbalanästhesie der Chloroformnarkose vorziehen.

Die Bottinische Operation lässt sich gewiss in der Mehrzahl der Fälle unter Lokalanästhesie ausführen, auch ich habe eine ganze Reihe von Fällen so operiert, doch verläuft sie keineswegs schmerzlos und ein Teil der Patienten entschliesst sich zur Operation nur unter Bedingung der Narkose. Die Chloroformnarkose müsste hier eine andauernd sehr tiefe sein, um jede

reflektorische Bewegung des Patienten, die gefährlich werden könnte weil sie Verbiegungen der Platinklinge veranlassen können, auszuschliessen. Auch hier bietet die Lumbalanästhesie durch die vollkommene Ruhigstellung technische Vorteile, ganz abgesehen vom Zustande der meist bejahrten Patienten.

Die bei dem jetzigen Stande der Technik noch vorhandenen Mängel der Lumbalanästhesie bestehen 1) in dem noch gelegentlich vorkommenden ganzen oder teilweisen Versagen. Wie schon erörtert, beruht das auf technischen Fehlern die sich immer mehr vermeiden lassen werden. 2) Darin dass sie nicht frei von Neben- und Nachwirkungen ist.

Vergleicht man mit diesem jedoch die Neben- und Nachwirkungen, die man nicht selten bei der Inhalationsnarkose zu beobachten Gelegenheit hat, die oft schweren Kollapserscheinungen und die Schädigungen der Herz- und Nierentätigkeit, die Veranlassung zu tödtlichem Ausgang nach gelungener Operation gegeben haben, so wird man die Bedeutung dieser vorübergehenden Erscheinungen nicht zu hoch anrechnen dürfen, um so mehr als die Methode noch eine sehr junge und verbesserungsfähige ist.

Dass der Lumbalanästhesie eine grössere Gefährlichkeit anhaftet als der Inhalationsnarkose darf wohl schon jetzt mit Recht bestritten werden. Die im Anschluss an dieselbe vorgekommenen Todesfälle fallen entschieden nicht alle der Methode zur Last. Zum Teil handelte es sich da um Kranke die unter heftiger Shokwirkung standen, oder in einem derartig elenden Zustande zur Operation kamen, dass der letale Ausgang einfach auf Rechnung ihres Zustandes zu setzen ist, eine Chloroform- oder Aethernarkose hätten dieselben erst recht nicht ertragen. Zum anderen Teil waren es Patienten die an Erkrankungen oder Verletzungen des Rückenmarks litten, wie der vielbesprochene Königsche Fall, oder es handelte sich um pyämische Allgemeininfektion, die zu eitriger Meningitis führte.

Derartige Zustände sind als Kontraindikationen gegen die Vornahme der Lumbalanästhesie zu betrachten.

Zu diskreditieren vermögen solche Zufälle eine Methode nicht, die wie die Lumbalanästhesie ihre Leistungsfähigkeit erwiesen hat und die Fähigkeit weiterer Vervollkommnung in sich schliesst.

Protokolle des XVIII. Aerztetages der Gesellschaft Livländischer Aerzte in Wolmar vom 20.—22. Aug. 1906.

3. Sitzung.

Dienstag, den 22. August, 9 Uhr Morgens.

1. Demonstration durch Herrn Dr. Tantzscher (Hydrorhoea amnialis gravidae).

2. Dr. Tantzscher hält seinen Vortrag über «Amenorrhoea post partum».

Diskussion:

Dr. Keilmann: Da der praktische Arzt alle Veranlassung hat die volle Verantwortlichkeit für das Absetzen eines Kindes von der Brust zu fühlen, ist es notwendig die in Betracht kommenden Indikationen immer wieder auf das Sorgfältigste zu prüfen. Der Eintritt der Menstruation gilt nun ziemlich allgemein als Anzeige das Kind von der Brust zu nehmen. Dr. K. meint dass die nicht kleinen Zahlen die Dr. Tantzscher zusammengestellt hat diese Frage lösen. Ob die Mutter post partum früher oder später die Regel wieder bekommt kann nur von ihrem Allgemeinbefinden abhängen und man muss der Ansicht sein, dass je früher die Blutung wieder eintritt desto besser der Allgemeinzustand der Mutter ist, sie somit zweifellos zum Nähren des Kindes geeignet ist, wenn ihre Brustdrüsen genügend Milch sezernieren. Jedenfalls ist das Auftreten der Menstruation an sich unter keinen Umständen Grund das Kind abzusetzen. Die Auffassung, dass die regelmässige Menstruation während der Laktation eher als physiologisch angesehn werden muss als die Amenorrhoe findet durch die Erhebungen Tantzschers umso eher eine kräftige Stütze als nach langem Ruhen dieser Frage in der allerletzten Zeit, nachdem wir unsere Untersuchungen bereits begonnen hatten, dieselben Anschauungen von Essen-Möller (c. f. Gyn. 1906) und Heil (M. für Gynäkologie. 1906) vertreten worden sind. — Die Erfahrung lehrt ausserdem, dass das Kind gut gedeihn kann während die nährende Mutter von neuem gravid ist und dabei weder Mutter noch Frucht Schaden zu nehmen brauchen.

Dr. Meyer erwähnt den schon von Holst konstatierten häufigen Befund an den Genitalien der stillenden Frau, den er als Uterus lactantium bezeichnete. Dieser Befund spräche für fehlenden Turgor der Genitalien der somit doch als physiologisch gelten müsse. Das Ausbleiben der Menstruation intra lactationem könne auf der Basis der bisherigen Statistik noch nicht als abnorm bezeichnet werden. Dr. Meyer ist durchaus der Ansicht, dass nach Eintritt der Menstruation die Laktation nicht sistiert werden müsse, wohl aber dass nach Eintritt der Gravidität die Laktation aufgegeben werden sollte. Mehrfache Beobachtungen sprächen dafür, dass Frauen sich intra graviditatem bei der Laktation schlecht fühlen. Dr. Meyer wendet sich an Dr. Tantzscher mit der Frage ob bei Material aus bäuerlichem Stande die Zahlen differieren im Vergleich zu den Zahlen die bei Frauen von Fabrikarbeitern gewonnen wurden.

Dr. Apping spricht Dr. Keilmann seinen Dank aus dafür eingetreten zu sein, dass nach aufgetretener Menstruation die Frau ohne weiteres das Stillen fortsetzen kann ohne ihrem Kinde zu schaden, was leider noch nicht Anschauung aller Aerzte ist. Ferner fragt Dr. Apping Dr. Keilmann ob seine Ansicht, dass die Milch solange sie sezerniert die gleiche ist, jedenfalls nicht nachweisbare Verschiedenheiten aufweist, wie das auch schon von andern behauptet worden, richtig ist. Wenn die Milch einer Amme, deren gut entwickeltes Kind einige Monate jünger oder älter ist, nicht vertragen wird so liegt es nicht an der Milch sondern am Säugling. Dr. Apping meint dass die von Tantzscher erwähnte Erfahrung, dass stillende amenorrhoische Frauen nur zweimal seltener konzipieren wie menstruierende, den praktischen Schluss erlaube denjenigen Frauen die ein bis zwei Jahre säugen um nicht gravid zu werden, dabei aber sehr herunterkommen, den Rat zu geben das Kind zu entwöhnen.

Dr. Tantzscher: Dr. Meyer führt an dass er häufig bei Stillenden einen schlaffen Uterus gefunden habe und dass die Menstruation häufig unregelmässig eingetreten sei. Nach meinem Material kann ich diese Erfahrungen nicht bestätigen. Die Zahl der unregelmässig menstruierten ist bei meinem grossen Material verschwindend gering. Dr. Meyer glaubt, dass trotz der statistischen Beweise von Müller, Mayer, mir und andern die Amenorrhoe doch physiologisch sei, und will erfahren wie die Verhältnisse bei der Stadt- und Landbevölkerung zu einander stehn. Ich kann betonen, dass mein Material sich zu zwei drittel aus der Stadtbevölkerung rekrutiert und dass trotz dieser ungünstigen Verhältnisse doch circa 60 pCt. regelmässig menstruiert waren. Gegenüber Dr. Meyers Behauptung, dass neu eingetretene Schwangerschaften unbedingt das Absetzen erfordern, kann ich nur anführen, dass bei der grossen Anzahl der Schwangerschaften, circa 300 und mehr, oft ohne jeden Schaden weitergestillt worden ist. Ueber die näheren Angaben verweise ich auf meine Arbeit.

Dr. Cramer sagt, dass er auch auf dem Standpunkt steht, dass bei eingetretener Schwangerschaft das Stillen auszusetzen sei und möchte sich orientieren ob und welche Ausnahmen Dr. Keilmann zugesteht.

Dr. Keilmann: Auf die Frage des Dr. Apping kann Dr. K. nur mit dem Hinweis antworten, dass wir wohl grosse Differenzen in der Zusammensetzung der Frauenmilch (ebenso wie bei der Kuhmilch) kennen, dieselben jedoch durchaus als physiologisch angesehn werden müssen. Für das Gedeihn des Kindes kommt nur die Menge der Milch in Betracht und zur Ernährung ungeeignet ist die Milch nur dann, wenn sie kolostralen Charakter annimmt, dieses kann durch richtige Ernährungstechnik meist vermieden werden und wenn diese Veränderung der Milch vorzeitig eintritt so ist gewöhnlich der Zustand des Kindes (Anorexie) die Ursache. Dagegen neigten Arzt und Publikum immer noch zu der Annahme

dass die Appetitlosigkeit und die Gewichtsabnahme des Kindes Folgen der untauglichen Milch seien; die Aerzte sollten sich von dieser Auffassung freimachen, nachdem Autoritäten in diesem Gebiet wie Czerny wiederholt und nachdrücklich diese Auffassung als irrtümlich gekennzeichnet haben.

Herrn Dr. Cramer gegenüber ist Dr. K. der Ansicht, dass Gravide in vielen Fällen sehr wohl ihr Kind nähren können; die Gravidität an sich braucht kein Grund zum Absetzen des Kindes zu sein. Am besten beweisen das diejenigen Frauen die die Amenorrhoe auf das Stillen beziehn, während als wirklicher Grund sich die neue Gravidität erweist. Fühlt sich die Mutter schlecht, so ist es keine leichte Aufgabe des Arztes den Grund zu finden; das Nähren aber ohne weiteres dafür verantwortlich zu machen dürfte nicht berechtigt sein. Versiegt die Milch nachdem von neuem Gravidität eingetreten, so erledigt sich die Stillfrage von selbst und zeigt sich das, wenn nicht direkt, so doch im Gedeihn des Kindes. Berücksichtigt man ausserdem, dass länger als 8—9 Mon. das Kind an der Brust zu lassen unter allen Umständen unnütz ist, so wird sich die Kollision nur selten einstellen und auf einen kurzen Zeitraum beschränken.

Dr. Meyer beobachtete einen Fall in dem eine Amme 2 Kinder einer Frau nacheinander stillte. Das Alter des Kindes einer Amme kommt bei der Wahl derselben durchaus nicht in Betracht. Ovarialbefunde hat Dr. Meyer öfter von andern Kollegen nachprüfen lassen, dieselben können somit nicht als subjektiv bezeichnet werden. Am klinischen Material ist das Befinden der schwangeren stillenden Frau schwer zahlenmässig zu eruieren.

Dr. Sintenis: Wir haben Anhaltspunkte dafür, dass neue Gravidität plus Stillen zu viel werden können. Sie liegen darin, dass schnell sich folgende Graviditäten oft ganz greifbare schädliche Folgen für die Frauen haben. So werden sicher auch viele Frauen nicht zugleich stillen und gravid sein können, es wird ihnen zuviel werden. An grossen Zahlen gewonnene Resultate müssten da klärend eingreifen. Eben ist die Frage jedenfalls noch nicht spruchreif.

Dr. v. Knorre hat im Auftreten der Menses nie einen Grund gesehn ein Kind von der Brust abzusetzen, das Auftreten der Menses hat er stets als den Ausdruck eines kräftigen Organismus angesehn und die Gründe für ein Absetzen des Kindes stets nur in Störungen des Befindens von Mutter resp. Kind gefunden. In der Gravidität lässt er prinzipiell nicht weiterstillen um die Mutter die dann doch 2 Wesen zu ernähren hat nicht unnötig zu schwächen. Er verlangt das Weiterstillen auch in der Gravidität nur dann wenn aus irgend welchen Gründen das Wohl des Kindes solches erfordert, sei es durch schon bei der Geburt vorhandene Schwäche, sei es durch später auftretende Krankheiten die ein Absetzen dringend verbieten. Ihm scheint das Absetzen des Kindes von der Brust auch dadurch geboten zu sein, dass eine Neigung der Frauen zum Abortieren beim Stillen des Kindes ihm durch zahlreiche Beobachtungen bestätigt worden ist.

Dr. Lutzau: Die Beobachtung an freilebenden Tieren und an Menschen die gravid wurden zeigt uns deutlich, dass der mütterliche Organismus nur ein Individuum nähren kann, entweder die Frucht oder das Brustkind. Sehr häufig ist das Kind das von stillenden Müttern geboren wurde an Gewicht geringer als Kinder die von denselben Müttern geboren wurden wenn sie zur Graviditätzeit nicht stillten. Das Kind ist daher bei sicher vorliegender Gravidität unbedingt von der Mutterbrust zu entfernen. Das Gedeihen des genährten Kindes gewährleistet uns nicht das Gedeihen der getragenen Frucht.

Dr. Tantzscher: Dr. Sintenis führt an, dass wiederholte Schwangerschaften unbedingt eine Schädigung für die Frau bedeuten und dass deshalb unbedingt das Kind abgesetzt werden müsse. Ich meine diese Frage wird der Arzt schwerer entscheiden als die Natur selbst und unsere Aufgabe ist die Beobachtungen der Natur nicht falsch zu deuten. Falls beim Stillen die Regel eintritt so ist eben die Frau imstande die grössere Arbeitsleistung der Schwangerschaft zu übernehmen. Wenn wir jetzt das Kind absetzen so geschieht wohl der Frau ein Dienst, aber nur auf Kosten des Kindes, denn die künstliche Ernährung bedeutet in jedem Fall eine schwere Schädigung für das Kind, denn die Milch der verschiedenen Säugetiere ist ihrer chemischen Zusammenstellung nach grundverschieden. Bunge hat das interessante Gesetz gefunden, dass die Milch derjenigen Arten eine Verwandschaft zeigt deren Körpergewichtszunahme in gleichem Verhältnis steht. Als Beweis dass die Natur selbst mit ihren Schutzmassnahmen eintritt führe ich folgendes an: Eine Frau hat viermal geboren, die ersten 3 Kinder circa 10 Monate gestillt und hat stets dabei menstruiert, das letzte Kind hat sie nur zwei Monate gestillt und jetzt im 5. Monat post partum hat sich eine typische Uterusatrophie ausgebildet mit Amenorrhoe. Sie war in den letzten Jahren durch ungünstige Umstände schwer anämisch geworden Hier sehn wir wie die Natur selbst besser als die Aerzte schützend eingetreten ist gegen eine Schädigung durch neue Schwangerschaft.

3. Dr. Keilmann hält seinen Vortrag «Gynäkologische Erfahrungen bei Appendizitis».

Die ehemals durch die Statistiken deutscher Autoren gestützte Annahme, dass die Appendizitis bei Frauen seltener sei, als bei Männern hat bei französischen Autoren keine Geltung gehabt und ist durch neuere Beobachtungen, als widerlegt anzusehen. Eine gar zu einseitige Beurteilung «kranker Frauen» deren Beschwerden auf untergelegte Oophoritis, Parametritis etc. zurückgeführt wurden, hat jenen Fehler veranlasst, den französische Beobachter, meist in erster Reihe Chirurgen und nebenbei Gynäkologen von vornherein vermieden haben. Ist das Verhältnis der männlichen zu weiblichen Patienten mit Appendizitis nach Sonnenburg und Hermes noch 60:40, so notiert Rotter 40 Intervalloperationen bei Männern gegenüber 40 derartigen Operationen bei Frauen und im Marienhospital zu Hamburg (Rumpf) wurde die Wurmfortsatzerkrankung bei Frauen sogar öfter festgestellt, als bei Männern. Krönig, der bei jeder Operation den proc. vermif. untersucht hat, giebt nicht weniger, als 50 pCt. Erkrankungen an.

Unter 2744 Frauen meiner Privatclientel fand ich 95 Patientinnen (= 3,46 pCt.) die nur eine chronische Appendizitis hatten und gynäkologisch überhaupt nicht krank waren. Die letztere Annahme aber führte sie zu mir, weil sie z. T. jahrelang frauenärztlich behandelt waren. Die vollkommene Erfolglosigkeit all der Massagekuren, Badeprozeduren, durch Monate fortgesetzten Erosionsätzungen etc. hätte doch wohl die Annahme nahe legen müssen, dass das Heil in andrer Richtung zu suchen sei. Zwei von diesen Pat. sind sogar wegen «Eierstockentzündung» laparotomiert worden, nachdem Thure Brandt selbst und eine Reihe seiner ärztlichen Nachahmer vergeblich ihre Kunst angewendet hatten. Auch die Operationen hatten natürlich wegen falscher Diagnose keinen Erfolg; dieser trat aber doch ein, als nach jahrelangem Kranksein endlich die Wurmfortsätze entfernt worden waren. Alle diese Patientinnen wurden von mir dem Chirurgen überwiesen und haben soweit sie sich zur Operation entschlossen, ihre Beschwerden verloren.

Besonders lehrreich scheint mir die Gruppe der Virgines, die neuerdings in gynäkologischen Sprechstunden nicht fehlen. Von 170 Virgines litten 29 = 17,06 pCt. nach meiner Diagnose an chron. Appendizitis; die chirurgische Begutachtung lehnte meine Diagnose nur in 2 Fällen ab; während Bestätigungen nur in 55,2 pCt. mitgeteilt wurden, Operationen mit anatomischen Befunden und Heilungen fanden in 34,2 pCt. dieser Fälle statt.

Um in solchen Fällen die richtige Diagnose zu stellen müssen m. E. n. 2 Punkte festgehalten werden: erstens, dass ein pathologischer Tastbefund in den Beckenorganen fehlt, der die Beschwerden erklärt und zweitens, dass bei etwa zweifelhaftem Befunde die Aetiologie für ein gynäkologisches Leiden nicht festzustellen ist. Eine entzündliche Erkrankung der inneren Genitalien ohne klare Aetiologie anzunehmen, scheint mir unter allen Umständen fehlerhaft. Erkennt man dieses an, so wird man öfter zur Prüfung der Frage kommen, ob nicht etwa eine Appendixerkrankung oder funktionelle Hyperästhesien bei Unterleibsbeschwerden der Frauen in Betracht kommen; und eine wesentliche Einschränkung gynäkologischer Sprechstundenbehandlung ist dann zum Heile der Frauen das sichere Ergebnis solcher Ueberlegungen.

Die Aetiologie möglichst zu klären muss auch in den Fällen unsre Aufgabe sein, in welchen ein tatsächlicher Befund an den Genitalorganen erhoben werden kann; die sekundäre Erkrankung derselben ist nach vorheriger Entzündung des Processus vermif. keineswegs selten: wie Routier einen Kotstein in der Tube und Ochsner Bact. coli im Tubeneiter gefunden hat, so hat letzteren Befund auch Herr Kollege v. Bergmann erhoben in einem Fall, in dem der gleiche Eiter sich auch im Wurmfortsatz fand. Unter meinen relativ zahlreichen Fällen dieser Art finden sich auch virginelle Patientinnen mit wirklicher Salpingitis, so auch eine linksseitige Pyosalpinx, die ätiologisch nur auf die Erkrankung des Wurmfortsatzes zurückgeführt werden konnte. Wichtig ist die Rolle der Appendixerkrankung im Gebiete aller entzündlichen Zustände des kleinen Beckens: während 7,5 pCt. meiner Anstaltskranken mit pelviperitonitischen Erscheinungen eingeliefert wurden liess sich bei rund 50 pCt. derselben die primäre Ursache der Exsudate in der Entzündung des Wurmfortsatzes erkennen.

Wenn in der bisher angezogenen Reihe von Fällen eine gynäkolog. Erkrankung angenommen wird, während der Appendizitis die alleinige oder doch wesentliche Rolle im ganzen Krankheitsbilde zuzuerkennen ist, giebt es auch in meiner Beobachtungsreihe zahlreiche Fälle, die als Appendizitis ange-

sprochen, rein genitale Affektionen darstellten. Abgesehen von einzelnen akuten in der Aetiologie absichtlich larvirten gonorrhoischen Salpingitiden, einem Fall von Ureterenkolik nach Abknickung der Blaseneinmündung bei Retroflexie uteri, ferner von einigen wenigen Fällen, bei denen die Torsion des Ovarialtumorstieles einen akuten Appendizitisanfall vortäuschte, stehen nach meiner Erfahrung die Tubargraviditäten in Vordergrunde des Interesses für die Differentialdiagnose genitaler und appendizitischer Affektionen. Plötzlich auftretende heftige Schmerzen, Erbrechen, Collaps gelegentlich auch bei beiden Erkrankungen auftretender leichter Ikterus lassen die beiden Krankheitsbilder einander sehr ähnlich erscheinen; die Körpertemperatur lässt sich nicht immer sicher differentialdiagnostisch verwenden, ebenso wenig die Verhältnisse der Menstruation; diese können bei Appendizitis sich genau so gestalten, wie bei Tubargraviditäten in den ersten 4—8 Wochen. Wenn aber bei rechtsseitiger Tubargravidität sogar der Tastbefund im Stich lassen kann, so sind in der Probepunktion und der Leukozytenzählung doch Momente gegeben, die stets aus der Verlegenheit helfen; muss ich nach meinen bisherigen Beobachtungen die Leukozytose auch noch als oft doppeldeutig ansehen, so hat die Probepunktion mir nie versagt; ihr schreibe ich es zu, dass ich unter mehr als 100 Tubargraviditäten nur eine Fehldiagnose zu verzeichnen habe und diese kam zustande allein, weil ich die Probepunktion unterlassen hatte: die hochsitzende Hämatocele sprach ich bei Fehlen einer charakteristischen Anamnese als periappendizitisches Exsudat an, was bei der Operation sich als Irrtum herausstellte. Konnte ich sonst in einer Reihe von Fällen die auf die Allgemeinerscheinungen hin bereits gestellte Diagnose nach der einen oder anderen Richtung korrigieren, so hatte in 3 Fällen sowohl die primäre Diagnose (Appendizitis) wie auch meine Korrektur (Tubargravidität) Berechtigung. Bei der Operation fand sich beides; in einem dieser Fälle bestand unabhängig von rechtsseitiger Tubargravidität akutes Empyem des processus vermiformis; der Exstirpation beider Organe folgte glatte Heilung.

(Schluss folgt.)

Tagesnachrichten.

Personalia.

— Zum Gehülfen des Direktors und älteren Arzt des St. Petersburger Marienhospitals für Arme und des mit diesem Hospital verbundenen weiblichen Alexanderhospitals ist der bisherige jüngere Arzt an diesem Hospital, wirkl. Staatsrat Dr. Gregor Swijashenin ow, ernannt worden.

— Der Korpsarzt des II. Armeekorps, Dr. Chrunow ist mit Uniform und Pension verabschiedet worden, unter gleichzeitiger Beförderung zum Geheimrat.

— Am II. internationalen Kongress für Schulhygiene, der vom 23.—28. Juli in London stattfindet, wird als Delegierter unseres Ministeriums der Volksaufklärung der Chef des Sanitätswesens der Lehranstalten im Departement dieses Ministeriums, Professor des hiesigen weiblichen medizinischen Instituts Dr. Chlopin, teilnehmen.

— Der Direktor der Irrenanstalt der Moskauer Gouvernements-Landschaft im Kirchdorfe Meschtscherskoje Dr. Wladimir Jakowenko, der durch seine Ungereimtheiten, die er auf dem letzten Pirogowkongress in Moskau zum besten gab (cfr. Nr. 19, S. 188), bekannt geworden ist, hat seinen Abschied genommen. Zu seinem Nachfolger ist der bisherige Gehülfe Dr. Michael Glinka gewählt worden.

— Die Gesellschaft der Aerzte Ostsibiriens in Irkutsk hat in einer ihrer letzten Sitzungen dem Dr. Eljaschewitsch, der 25 Jahre Mitglied und gegenwärtig Präses der Gesellschaft ist, in Anbetracht seiner nützlichen Tätigkeit in der Gesellschaft eine Adresse überreicht und ihn zu ihrem Ehrenmitgliede gewählt. Die ärztliche Praxis übt der Jubilar bereits seit 1874 in Irkutsk aus. (Sib. Wratsch. Wedom. — R. Wr.)

— Anlässlich des 25-jährigen Professorjubiläums des bekannten Tuberkulose-Forschers Dr. E. Maragliano in Genua ist ihm zu Ehren ein Maraglianopreis gestiftet worden, der alljährlich für die beste Arbeit über Tuberkulose verliehen werden soll.

— Der bekannte Physiologe Dr. Herm. Munk, ord. Honorarprofessor der Universität und Mitglied der Berliner Akademie der Wissenschaften, giebt am 1. Oktober seine Lehrtätigkeit und die Leitung des physiologischen Instituts an der tierärztlichen Hochschule in Berlin auf. Prof. Munk hat im Februar d. J. sein 68. Lebensjahr vollendet.

— Als Nachfolger Prof. Pfannenstiels, der bekanntlich an Werths Stelle nach Kiel geht, ist Prof. ord. Dr. Otto v. Franqué von der deutschen Universität Prag auf den Lehrstuhl der Gynäkologie und Geburtshülfe in Giessen berufen worden.

— Dem ordentlichen Honorarprofessor der Bonner Universität Dr. Oskar Witzel (Chirurg) ist die Leitung der demnächst ins Leben tretenden Akademie für praktische Medizin in Düsseldorf übertragen worden.

— Für den durch den Rücktritt Prof. Dr. v. Leyden's vakant werdenden Lehrstuhl der speziellen Pathologie und Therapie an der Berliner Universität ist endlich ein Ersatz gefunden worden: Prof. Dr. Wilhelm His aus Göttingen hat den Ruf an die Berliner Universität angenommen und, wird die Leitung der ersten medizinischen Klinik an der Charité voraussichtlich mit dem Beginn des Wintersemesters übernehmen. Prof. His ist ein Sohn des früheren Leipziger Anatomen gleichen Namens und steht gegenwärtig im 44. Lebensjahre. Er begann seine klinische Laufbahn als Assistent bei Prof. Curschmann in Leipzig und wurde nach Veröffentlichung mehrerer Arbeiten über Herzkrankheiten, Gicht u. s. w. i. J. 1895 zum ausserordentlichen Professor in Leipzig ernannt. 1902 folgte er einem Rufe als ordentlicher Professor und Direktor der medizinischen Klinik nach Basel und seit dem vorigen Jahre wirkt er in gleicher Stellung in Göttingen.

Nekrologe.

— Verstorben sind: 1) Am 29. Juni in Dorpat der Rujensche freipraktizierende Arzt Dr. Eduard Dabbert im 69. Lebensjahre. In der Nähe von Fellin geboren, erhielt er dort und in Pernau seine Schulbildung und bezog im Jahre 1858 die Universität Dorpat, wo er bis 1865 Medizin studierte. Nach Erlangung des Arztgrades liess er sich in dem livländischen Hakelwerk Rujen nieder, wo er mehr als 40 Jahre die ärztliche Praxis ausgeübt hat. 2) In Melitopol (Taurien) der Landschaftsarzt Dr. Andreas Korwazki im Alter von 64 Jahren. Gleich nach Beendigung seiner Studien i. J. 1877 trat er in den Dienst der Melitopolschen Landschaft deren Krankenhaus er 30 Jahre geleitet hat; ausserdem fungierte er als Arzt an der städtischen Realschule. Grosse Verdienste hat sich der Verstorbene durch die Einführung und Förderung des Gartenbaues unter der bäuerlichen Bevölkerung des Melitopolschen Kreises erworben, für welche er eine Gartenbauschule und einen Mustergarten einrichtete. Ihm ist daher zu verdanken, dass in der Umgebung Melitopols auf weiten Flächen des sterilen Bodens wertvolle Fruchtgärten angelegt worden sind. 3) In Essentuki der Privatdozent der Moskauer Universität Dr. Michael Radkewicz, Ordinator an der therapeutischen Klinik des Prof. Scherwinski. 4) In Warschau der Ordinator am städtischen Krankenhause in der Vorstadt Praga Dr. Thaddäus Cholnowski im 29. Lebensjahre. Den Kursus an der Warschauer Universität hatte der Verstorbene vor noch nicht drei Jahren absolviert. 5) In Kopenhagen Professor Dr. Ferdinand Levison, der durch seine Arbeiten über Gicht und Rheumatismus bekannt ist, im Alter von 63 Jahren. 6) In Dublin der ehemalige Professor der Chirurgie an der dortigen Universität Dr. Bennett.

— Der ordentliche Professor der Kasanschen Universität, wirkl. Staatsrat Dr. Alexander Gay, dessen Ableben wir in der vorigen Nummer in Kürze meldeten, gehörte zu den hervorragendsten russischen Syphilidologen. Der Verstorbene war ein Schüler der Universität Kasan, an welcher er i. J. 1856 den Arztgrad erlangte, worauf er behufs Vorbereitung zur Professur bei der Universität belassen wurde. Nachdem er 1868 die Doktorwürde in Kasan erlangt hatte, wurde er zur weiteren Ausbildung ins Ausland geschickt. Nach seiner Rückkehr aus dem Auslande habilitierte er sich als Privatdozent für Syphilis und Hautkrankheiten an der Universität Kasan, an welcher er 35 Jahre, und zwar die letzten 20 Jahre als Professor der Syphilidologie, gewirkt hat. Prof. Gay ist auch mehrfach literärisch in seinem Spezialgebiet hervorgetreten; am verbreitetsten ist sein «Kursus der venerischen Krankheiten», dessen erste Auflage i. J. 1881 erschien.

Von Universitäten und med. Instituten.

— Die Gründung einer neuen Universität in der Stadt Saratow ist eine beschlossene Sache, doch ist die Eröffnung derselben um ein Jahr verschoben worden, da infolge der Auflösung der zweiten Reichsduma der die Saratowsche Universität betreffende Gesetzesentwurf der Duma zur Bestätigung nicht vorgelegt werden konnte.

— In der medizinischen Fakultät der Universität Tomsk werden zu Beginn des nächsten Lehrjahres drei Lehrstühle vakant, da die jetzigen Inhaber derselben die gesetzliche Dienstfrist ausgedient haben. Es sind die Lehrstühle: der gerichtlichen Medizin (Prof. M. Popow), der chirurgischen Fakultätsklinik (Prof. N. Rogowitsch) und der Dermato- und Syphilidologie (Prof. E. Obrassow).

— Dem künftigen Psycho-neurologischen Institut hierselbst, dessen Statuten vor kurzem bestätigt sind, ist bereits eine ansehnliche Spende zugeflossen. Ein Herr Simin hat nämlich in einer der letzten Sitzungen der hiesigen Gesellschaft für normale und pathologische Psychologie die Mitteilung gemacht, dass er bereit sei, ein Kapital im Betrage von 52,000 Rbl. für die Errichtung einer besonderen Abteilung zum Studium der Psychologie des Kindes von der Geburt bis zum Schulalter bei dem künftigen Psycho-neurologischen Institut zu spenden. Auf Wunsch des Spenders wird diese Abteilung des Instituts dem Andenken des bekannten russischen Pädagogen Uschinski gewidmet worden.

Standesangelegenheiten.

— Verurteilung eines Arztes. Der Ordinator des Gouvernements-Landschaftshospitals in Petrosawodsk Dr. Kalmann Gurewitsch ist vom Gerichtshof zu 2 Jahren in der Arrestanten-Korrektionsabteilung verurteilt worden für eine Rede, die er anlässlich der Auflösung der ersten Duma gehalten hat.

— Auf Anordnung des Moskauer Gouverneurs sind der Arzt des Krankenhauses im Kirchdorfe Glasowo, Dr. M. Durassow, und die Hebamme dieses Krankenhauses Schapiro wegen politischer Umtriebe aus dem Landschaftsdienste entlassen worden.

— Auf ein Gesuch der Charkower medizinischen Fakultät, die Aerztin E. Ssamoilenko als ausseretatmässige Assistentin beim Lehrstuhl der allgemeinen Pathologie anstellen zu dürfen, hat das Ministerium der Volksaufklärung erklärt, dass es diesem Gesuch nicht willfahren könne, da nach dem Gesetz Personen weiblichen Geschlechts zu geburtshülflichen und Apothekerämtern nur in weiblichen Heilanstalten zugelassen werden können.

— Der Verband der Aerzte Deutschlands zur Wahrung ihrer wirtschaftlichen Interessen (Leipziger Verband), welcher bereits über 20,000 Mitglieder zählt, erweist sich immer mehr als eine segensreiche Einrichtung für die Aerzte. Aus dem letzten Rechenschaftsberichte geht hervor, dass die Rechtsauskunftstelle, die Buchhandlung und die Stellenvermittlung des Verbandes in stetiger Steigung in Anspruch genommen werden. Es gingen im letzten Jahre 4056 Stellenangebote ein und 3374 wurden vermittelt, und zwar kostenlos. Die Organisation der Aerzteschaft hat auch den Erfolg, dass viele Krankenkassen jetzt eine friedliche Einigung mit den Aerzten einem ungewissen Kampfe vorziehen. In der in der letzten Juniwoche zugleich mit dem Deutschen Aerztetage veranstalteten Hauptversammlung des Verbandes war auch die Frage der Honorare in der Privatpraxis auf der Tagesordnung. Nachstehender Antrag: «In Würdigung der Tatsache, dass die Lebenshaltung der Aerzte — abgesehen von der Preissteigerung aller Lebensmittel — in den letzten Jahren weit grössere materielle Anforderungen stellt, und dass daher eine überaus grosse Zahl von Aerzten für Reliktenversicherung und Altersinvalidität keine oder durchaus ungenügende Vorsorge treffen kann, fordert die Generalversammlung des Leipziger Verbandes die Vertrauens- und Obmänner auf ungesäumt in ihren Vereinen nach dem Vorbilde anderer Orte den Beschluss in die Wege zu leiten, dass in der gesamten Privatpraxis eine den Vermögensverhältnissen entsprechende Honorarerhöhung eingeführt wird» wurde einstimmig angenommen.

Verschiedene Mitteilungen.

— Die königlich preussische Akademie der Wissenschaften in Berlin hat dem internen Kliniker Prof. Dr. Ludolf Krehl in Heidelberg zu Untersuchungen über die Veränderung der Wasserausscheidung durch Haut und Lunge beim Aufenthalt an hoch gelegenen Punkten 2400 Mark bewilligt.

— Durch die Anstellung und Besoldung der ausseretatmässigen Aerzte an den St. Petersburger Stadthospitälern soll im vorigen Jahre eine Mehrausgabe von 355,000 Rbl. über den Kostenschlag der Hospitalkommission verursacht worden sein. (R. Wr.)

— Eine Gutsbesitzerin im Gouvernement Kursk A. N. Tomilina hat der Dmitrijewschen Landschaft ein grosses Landgut zur Errichtung eines Hospitals und ausserdem ein Kapital von 200,000 Rbl. testamentarisch vermacht. Von dem Kapital sind 100,000 Rbl. zum Bau des Hospitals bestimmt, während die Zinsen von der anderen Hälfte des Kapitels sowie die Einnahme vom Gute zum Unterhalt des Hospitals verwandt werden sollen.

Bf.



Adressen von Krankenpflegerinnen:

Frl. Pauline Winkel, Конногвардейскiй переулокъ 4, кв. 2.

Herausgeber Dr. Rudolf Wanach. Buchdruckerei v. A. Wienecke Katharinenhofer Pr. № 15.

XXXII. JAHRGANG. ST. PETERSBURGER Neue Folge XXIV. Jahrg.

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Redaktion von

Prof. Dr. Karl Dehio. Dorpat.

Dr. Johannes Krannhals. Riga.

Dr. Rudolf Wanach. St. Petersburg.

Die „St. Petersburger Medizinische Wochenschrift" erscheint jeden Sonnabend. — Der **Abonnementspreis** ist in **Russland** 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr inkl. Postzustellung; in den **anderen Ländern** 20 Mark jährlich, 10 Mark halbjährlich. Der **Insertionspreis** für die 3mal gespaltene Zeile in Petit ist 20 Kop. oder 45 Pfen. — Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt. — Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.

Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate bittet man ausschliesslich an die Buchhandlung von **K. L. Ricker** in St. Petersburg, Newsky-Prospekt № 14, zu richten. — **Manuskripte** sowie alle auf die Redaktion bezüglichen Mitteilungen bittet man an den geschäftsführenden Redakteur Dr. **R. Wanach** in St. Petersburg, Petersb. Seite, Alexandrowski Pr. 6 zu richten. Sprechst. Dienstag, Donnerstag und Sonnabend 5—6.

№ 29 St. Petersburg, den 21. Juli (3.) August. **1907.**

Berichtigung.

In der Arbeit von Dr. R. Otto (Nr. 26 dieser Wochenschrift) muss es heissen:

auf Seite 251, 2. Spalte, 6. Zeile von oben, statt: war 36,6 — von 36,6
» » 251, 2. » 25. » » » » ihn — ihr
» » 252, 2. » 38. » » » » Webers — Wrakers
» » 252, 2. » 37. » » » » alt, bevor — alt, hat, bevor
» » 253, 1. » 6. » » » statt: 40 und 50 — 40 bis 50
» » 253, 2. » 28. » » » » sensa — sensu

Ueber die gonorrhoischen Erkrankungen der Prostata.

Von
Dr. med. W. Schiele.

Vortrag, gehalten im Verein St. Petersburger Aerzte am 1. Mai 1907.

Es ist eine allgemein bekannte Tatsache, dass die gonorrhoische Entzündung der Harnröhre auf die Prostata übergreifen und zu akuter und chronischer Prostatitis führen kann. Merkwürdiger Weise widersprechen sich nur die Angaben der bekanntesten Autoren darüber, wie häufig dieses geschieht, in der krassesten Weise. Finger z. B. sagt in seinem bekannten Lehrbuche über die Blenorrhagie der Sexualorgane hierüber Folgendes: „Dass die Prostata an dem Prozesse der blenorrhagischen Erkrankung aktiv teilnehmen könne, ist eine alte Erfahrung. Ja, es wurde die Rolle, die die Prostata bei der Blenorrhoe spielt, früher vielfach übertrieben. So verlegten die alten Aerzte den Sitz des Trippers überhaupt in die Prostata und meinten, jeder Tripper stelle eine Entzündung und Vereiterung der Prostata dar". „Aber auch als man von der Natur des Trippers bessere Einsicht erhielt, spielte doch die Prostata in der Pathologie des Trippers eine grosse Rolle" etc. Im Allgemeinen ist Finger der Ansicht, dass die Prostatitis eine durch Reize verschiedener Art hervorgerufene nicht sehr häufige Komplikation der Urethralgonorrhoe sei. Lohnstein will unter 2000 Tripperfällen gar nur 80 Mal Prostatitis beobachtet haben und auch Fürbringer behauptet, dass die Entzündung der Vorsteherdrüse eine relative Seltenheit sei. Im Gegensatz hierzu vertritt Casper den Standpunkt, dass die Häufigkeit der chronischen Prostatitis eine enorm grosse sei und sich in etwa 85 Prozent aller chronischen Tripperfälle finde und C. schliessen sich verschiedene andere Autoren an wie Frank etc. Wodurch erklären sich nun diese auffallenden Widersprüche, die um so unerklärlicher erscheinen können, als es sich um Komplikationen eines der verbreitetsten Leiden, der Gonorrhoe, handelt? Ich glaube die Antwort auf diese Frage in Folgendem gefunden zu haben: es giebt eine bisher noch zu wenig beobachtete und nicht selten übersehene Form der Prostataentzündung, die der Diagnose mit den üblichen Methoden, der chemischen und makro- und mikroskopischen Harnuntersuchung, der Palpation der Prostata per rectum, überhaupt nicht oder kaum zugänglich ist. Stenczel bezeichnet sie als „unkomplizierte chronisch-gonorrhoische Prostatitis", womit sie recht zutreffend charakterisiert ist.

Bevor ich mich der kranken Prostata zuwende, möchte ich jedoch erst einige Worte über die gesunde einflechten, ihre anatomische Lage, ihre physiologische Bedeutung etc., wobei ich im Wesentlichen den Ausführungen von Socin und Burchardt folge. Die Prostata umschliesst das Anfangsstück der Harnröhre die sog. Pars prostatica urethrae, ferner das untere Ende der Samenleiter und den zwischen diesen gelegenen Ueberrest der Müller'schen Gänge, die sog. Vesicula prostatica. Bei Rückenlage des Individuums liegt die Prostata unmittelbar vor der Blase. Sie hat im Grossen und Ganzen die Gestalt und Grösse einer Kastanie oder eines von vorne nach hinten abgeflachten Kegels mit abgestumpfter Spitze. Bei aufrechter Körperhaltung steht die Prostata im Allgemeinen senkrecht mit der Basis nach oben und der Spitze nach unten. Ihre vor-

dere gewölbte Fläche ist gegen die vordere Beckenwand gerichtet, die hintere flachere, hängt mit der vorderen Wand des Rectum durch straffes Bindegewebe zusammen. Die Seitenränder sind convex, ragen hervor; der obere Rand, die Basis, ist in Form eines Kartenherzens ein wenig eingebogen. Der Apex ruht auf dem festen Diaphragma urogenitale. Die Ductus ejaculatorii dringen von oben her in die Basis der Prostata ein nahe ihrer hinteren Fläche, etwa 6—8 Mm. von der Urethra entfernt. Im Inneren der Drüse wenden sie sich etwas nach vorne und münden mit spaltförmiger Oeffnung an den Seitenwänden des Colliculus seminalis in die Harnröhre ein. An der Basis Prostatae sind die Ductus ejaculatorii etwa 3—4 Cmt. von einander entfernt, dann nähern sie sich einander und sind bei ihrer Einmündung in die Urethra nur noch durch die Vesicula prostatica seu Uterus masculinus getrennt. Die Vesicula prostatica ist ein kleiner mit Schleimhaut und einer eigenen Muskularis ausgestatteter Blindsack von 10—12 Cmt. Länge, der nach hinten in die Substanz der Prostata eindringt und dessen Ausmündung auf dem Colliculus seminalis zwischen den Ductus ejaculatorii liegt. Die Harnröhre verläuft in der Mittellinie, an der Vorderfläche der Prostata eine seichte Furche bildend und sie in 2 Hälften teilend, die Lobi laterales.

Durch die Vesicula prostatica und die beiden Ductus ejaculatorii wird die hintere obere Partie der Prostata von den beiden Seitenlappen als sog. Lobus medius abgegrenzt, doch tritt der Mittellappen bei normaler Prostata keineswegs aus der Umgebung hervor und ist nur als eine hintere Kommissur aufzufassen. Nur in pathologischen Fällen kann diese Partie der Prostata anschwellen und sich vergrössern und imponiert dann als ein besonderer Centrallappen. Die Prostata ist ein drüsiges Organ und setzt sich im Wesentlichen aus Drüsenschläuchen und glatten Muskelfasern zusammen, deren Verhältniss zu einander in jedem Fall verschieden ist. Die Drüsensubstanz besteht aus sich gegen die Peripherie dichotomisch teilenden Gängen. Die Acini sind an den kleinen Aestchen sowohl in der Nähe der Harnröhre als in der Mitte der Drüse wie an der Peripherie gelegen. Die Ausführungsgänge beschreiben wellenförmige Linien, von ihnen zweigen sich recht- oder spitzwinklig sekundäre Sprossen ab, die direkt in die Drüsenacini übergehen. Die Ausführungsgänge münden mit kleinen punktförmigen Oeffnungen in die Urethra in der ganzen Umgebung des Colliculus seminalis. Ihre Zahl beträgt 50—60, sie sind vollkommen getrennt von einander.

Das Sekret der Prostata ist bei normaler Beschaffenheit dünnflüssig, von milchig-trüber Farbe, es ist weder fadenziehend noch klebrig. Die milchige Trübung rührt von der Gegenwart einer Unzahl kleiner fettartiger Kügelchen her, die unter dem Mikroskop stark an rote Blutkörperchen erinnern, nur sind sie bedeutend kleiner und haben nicht mehr wie $^1/_8$—$^1/_2$ der Grösse letzterer. Es sind dieses Lecithinkörner, die in den Epithelzellen, wahrscheinlich beim Zerfall derselben, gebildet werden. (Lecithin ist ein dem Nuclein nahestehender phosphorhaltiger Körper). Ferner finden sich zylindrische Epithelien in beschränkter Zahl und eigentümliche grosse geschichtete Amyloidkörper, Prostataamyloïde genannt. Leukozyten fehlen ganz oder wenigstens so gut wie ganz. Es ist das Prostatasekret, das dem Ejakulat seinen spezifischen „Spermageruch" verleiht und ebenso stammen die von Böttcher entdeckten sog. „Spermakrystalle", wie Fürbringer unwiderleglich nachgewiesen hat, aus dem Prostatasekret. Lässt man Sperma oder reines Prostatasekret eintrocknen, so bilden sich eine Menge schöner grosser Krystalle. Bei Zusatz von etwas Ammonium phosphoricum geht die Krystallbildung noch schneller und schöner vor sich. Diese Böttcher'schen Krystalle sind das phosphorsaure Salz einer von Schreiner entdeckten organischen Base, die identisch ist mit dem Pöhl'schen Spermin in seinem inaktiven Zustande. Im Hoden- und Samenblaseninhalt sind nur ganz geringe Mengen der Schreiner'schen Base nachzuweisen, das Spermin von Poehl ist daher nach Fürbringer richtiger als Prostatin zu bezeichnen, denn es ist kein Spermaprodukt in engerem Sinne, kein Produkt der Hoden oder der Samenblasen.

Dem Sekret der Prostata kommt eine wichtige physiologische Bedeutung zu: es besitzt die Fähigkeit die vor seinem Hinzutritt unbeweglichen und scheinbar leblosen Spermatozoen zu beleben, oder, wie Fürbringer sich ausdrückt, das in den bis dahin starren Spermatozoen schlummernde Leben auszulösen. Ob es dieses kraft seiner alkalischen Beschaffenheit zu tun vermag, wie Fürbringer, Posner, Kasper und andere annehmen, oder kraft einer sauren, wie Socin und Burkhardt, Lohnstein etc. behaupten, darüber herrscht keine Uebereinstimmung. Jedenfalls ist das Prostatasekret von einigen Forschern in normalem Zustande häufiger amphoter oder schwach alkalisch, seltener schwach sauer gefunden worden, von anderen im Gegenteil selten alkalisch und meist sauer. Die endgültige Entscheidung der Frage steht noch aus.

Ein jeder Arzt, der sich mit der Behandlung der männlichen Gonorrhoe beschäftigt, kennt die nicht seltenen Fälle eminent chronischer Urethritis, in denen sich bei energischer Behandlung mit Spülungen, Instillationen und Bougies wohl eine Besserung und selbst eine anscheinende Heilung erreichen liess, wo aber sofort wieder Rezidive auftraten, wenn die Patienten Exzesse in Bacho et Venere begingen oder selbst nur zur gewohnten Lebensweise zurückkehrten und die Behandlung ausgesetzt wurde.

Es tritt wieder, wie beim Beginn des Trippers, Trübung des Urins und Ausfluss, in dem sich Gonokokken nachweisen lassen, auf, oder es stellt sich wenigstens wieder der Morgentropfen ein und reichliche grosse und kleine Fäden in der I. und II. Harnportion. Das zieht sich so durch Monate, ja Jahre hin, zur Verzweiflung von Arzt und Patienten. Die genaueste Untersuchung des Harns und der Fäden, der Urethra mit der Knopfsonde und dem Urethroskop, die sorgfältigste Abtastung der Prostata und der Samenblasen per rectum klären uns darüber nicht auf, wo der Sitz der versteckten Herde zu suchen sei, von denen immer von Neuem das Auffackern des Prozesses und die Reinfektion der Harnröhre mit Gonokokken ausgeht. Ricord hat empfohlen, in diesen rebellischen Fällen chronischen Trippers die Lungenspitzen zu untersuchen. Gewiss liegt in diesem Ratschlage viel Wahres, doch scheint mir, dass wir meist nicht so weit werden zu suchen brauchen, um die Lösung des Rätsels zu finden. In einer Reihe solcher Fälle, in denen ich mir garnicht mehr zu helfen wusste, begann ich systematisch die Prostata zu massieren und siehe da! bei anscheinend normaler, da weder partiell noch allgemein vergrösserter und nicht mehr als normal empfindlicher Drüse konnte ich die Beobachtung machen, dass nicht selten sich beträchtliche Mengen fast rein eitrigen oder stark mit Eiter durchsetzten Sekretes aus der Prostata bei der Massage exprimieren liessen. Es trug also in diesen Fällen ohne Frage die Prostata die Schuld an der Verlängerung der Gonorrhoe und den Reinfektionen; in ihr waren die versteckten Herde zu suchen, von denen aus der Harnkanal immer wieder von Neuem mit Go-

nokokken überschwemmt wurde, in ihr der Sitz des allen therapeutischen Massnahmen trotzenden „chronischen Trippers“, der sich denn auch bald nach Einleitung einer systematischen Massagekur besserte.

Bisher unterschied man im Allgemeinen folgende Formen gonorrhoischer Erkrankungen der Vorsteherdrüse (z. B. Finger).

I. Akute Prostatitis: 1) den akuten Katarrh der Glandulae prostaticae (Prostatitis glandularis catarrhalis), einen desquamativ-eitrigen Katarrh der Prostatadrüsen, der nicht selten nur auf die Ausführungsgänge beschränkt bleibt und sehr häufig die Urethritis posterior begleitet; er verursacht keine Alteration der Grösse, Konsistenz oder Empfindlichkeit der Drüse. Die Diagnose lässt sich nur durch Nachweis von Gonokokken und Eiterzellen in dem durch Expression der Prostata gewonnenen Sekret stellen. Subjektiv sind keine Empfindungen vorhanden.

2) Die akute folliculäre Prostatitis — sie stellt eine Steigerung des einfachen Katarrhes dar, indem durch Steigerung der entzündlichen Erscheinungen, durch stärkere Infiltration der Mucosa und Submucosa, Verlegung der Ausführungsgänge der Acini (Follikel) zu stande kommt und dadurch Bildung von Abszessen oder vielmehr Pseudoabszessen. Subjektiv sind Harndrang, Schmerzen (Stiche) beim Schluss der Miktion und ein dumpfer Druck im After vorhanden. Bei der Palpation der Prostata per rectum findet man in dem sonst unveränderten Gewebe meist in der Mittellinie oder ein wenig seitlich ein deutlich tastbares etwa erbsengrosses hartes Knötchen. Dieses schwindet entweder in einigen Tagen durch Resorption oder vereitert und heilt nach Durchbruch in die Urethra unter Narbenbildung, worauf die Symptome rasch schwinden. Bei Auftreten einer follikulären Prostatitis kommt es auch jedesmal zu einem frischen Nachschub der Urethritis posterior.

3) Die akute parenchymatöse Prostatitis; — sie kann sich aus den beiden früheren Formen oder auch direkt entwickeln. Vermehrter Harn- und Stuhldrang, ein Gefühl von Völle im Mastdarm, Druck am Perinäum leiten sie ein, dann tritt Fieber hinzu, das Urinieren wird schwierig oder schliesslich ganz unmöglich, die Defäkation sehr schmerzhaft. Dabei bestehen beständige heftige bohrende Schmerzen am Damm und After, die in verschiedenen Richtungen ausstrahlen. Bei rektaler Untersuchung erweist sich die Prostata als stark vergrössert, sehr schmerzhaft, weit ins Rektum prominierend. Entweder kommt es in ca. einer Woche zur Resolution und Fieber und Schmerzen lassen nach, oder es entwickelt sich eine eitrige Einschmelzung, die sich durch Schüttelfröste und Steigerung der Beschwerden ankündigt. Schliesslich kann der Durchbruch in die Urethra oder Mastdarm oder nach aussen am Damm erfolgen, seltener in anderen Richtungen. Die parenchymatöse Prostatitis ist eine gefährliche Komplikation der Gonorrhoe, nach verschiedenen Statistiken erfolgt der Tod in etwa 25—30 % der Fälle. In seltenen Fällen kann eine bleibende Induration und Vergrösserung der Prostata nachbleiben. Der Beginn der parenchymatösen Prostatitis ist manchmal mehr schleichend, bis sich plötzlich Schmerzen, Schüttelfröste und Harnbeschwerden einstellen und die rektale Untersuchung Fluktuation in der stark geschwollenen Prostata ergiebt.

4) Die periprostatische Phlegmone und Phlebitis. Hierbei kommt es zur Entzündung und Eiterung in dem derben, die Prostata besonders nach hinten und unten umschliessenden Bindegewebe. Der Durchbruch erfolgt meist am Damm, seltener ins Rektum.

II. Die chronische Prostatitis. Sie entwickelt sich meist im Anschluss an eine chronische Gonorrhoe, seltener aus einer akuten Prostatitis. Sie verursacht eine Empfindung von Schwere oder dumpfem Schmerz im After. Sensationen von Ab- und Anschwellen der Vorsteherdrüse, Harndrang geringen Grades, Kitzeln und Schmerzen in dem Penis, dann allgemeine nervöse Störungen, wie Kopf- und Rücken- oder Kreuzschmerzen, Depression, Dyspepsie, Konstipation, bisweilen Impotenz. Die nervösen Erscheinungen können schliesslich den Charakter des schweren Nervenleidens der sexuellen Neurose annehmen. Objektiv findet man bei der Rektalpalpation eine partielle oder allgemeine Vergrösserung der Prostata, erhöhte Schmerzhaftigkeit, und bei der Sondenuntersuchung der Harnröhre gesteigerte Empfindlichkeit der Pars prostatica und besonders des Caput gallinaginis. Die letzte Portion des Urins ist meist trübe, bildet beim Stehen Wolken. Es besteht häufig Prostatorrhoe, wobei das Sekret dickflüssiger als normaler Prostatasaft ist und viel Epithel- und Eiterzellen enthält und nicht selten Amyloide. Die Endoskopie zeigt als bemerkenswertestes Symptom eine manchmal sehr bedeutende Schwellung des Colliculus seminalis.

Diesen allgemein bekannten und anerkannten Formen der akuten und chronischen gonorrhoischen Prostatitis muss eine noch wenig bekannte und selten beachtete weitere Form der Prostataentzündung hinzugefügt werden, die sich im Anschluss an subakute und chronische Urethritiden entwickelt und die wohl die Hauptschuld daran trägt das der chronische Tripper in den Ruf gelangt ist, häufig inkurabel zu sein und die ihn in der Tat zu einem Leiden gestaltet, das die ganze Geduld des Patienten und die ganze Kunst des Arztes zu seiner Ausheilung in Anspruch nimmt. Diese Form, ich möchte sie als einfach katarrhalische Prostatitis bezeichnen, wird von den Aerzten meist übersehen und nicht beachtet, weil sie symptomlos verläuft und weder objektiv auffallende und leicht nachweisbare Erscheinungen zeigt, noch dem Patienten lange Zeit hindurch irgend welche Beschwerden oder Schmerzen verursacht.

Die Krankheitserscheinungen decken sich im Grossen und Ganzen mit denen der chronischen Gonorrhoe. Nur bei sehr grosser Aufmerksamkeit wird man makroskopisch in manchen Fällen einige Hinweise auf ihr Bestehen auffinden können; sicher feststellen lässt sie sich nur durch die mikroskopische Untersuchung des durch Exprimieren vom Rektum aus gewonnenen Prostatasekretes. Bei der Urinuntersuchung müssen kleine häkchenförmige Filamente in der 2. Urinportion den Verdacht auf eine einfach katarrhalische Prostatitis erwecken; statt ihrer findet man aber auch häufig ganz kleine punkt- und staubförmige Fädchen in grosser Zahl oder seltener eigentümliche viereckige weisse flache Plättchen, die schnell zu Boden sinken.

In manchen Fällen, besonders älteren, ist der Urin aber in beiden Portionen vollkommen klar und rein. Die mikroskopische Untersuchung des ausmassierten Sekretes der Prostata darf natürlich erst nach vorhergegangener gründlicher Spülung der Harnröhre vorgenommen werden. Hierzu genügt der Urin des Patienten oder man lässt dem Urinieren noch eine Spülung der Urethra mit Wasser oder physiologischer Kochsalzlösung nach Janet oder Diday folgen, um jegliche Beimengungen aus Blase oder Harnkanal auszuschalten. Das Prostatasekret sieht in leichteren Fällen makroskopisch normal aus, doch zeigt uns das Mikroskop die Gegenwart von Eiterzellen und meist auch von zahlreichen Epithelien, erstere vielfach in Haufen. In normalem Zustande fehlen Leukozyten, wie früher erwähnt, vollständig. In schweren Fällen sieht das Sekret einer kranken Drüse trübem flockigem Wasser ähnlich, es ist nicht gleichmässig „milchig“, und mikroskopisch

findet man massenhaft Eiterzellen. Spült man, bei voller Blase des Patienten, zuerst die vordere Harnröhre rein, massiert darauf und lässt dann erst den Patienten urinieren, so sieht man in dem durch die Gegenwart des Prostatasekrets homogen getrübten opaleszierenden Urin mehr oder weniger grosse und zahlreiche Eiterklumpen herumschwimmen, die rasch zu Boden sinken. In einzelnen Fällen fehlt die opaleszierende Trübung fast ganz und statt der kleinen Klümpchen findet sich nur ein an eitriges Sputum erinnernder grosser Klumpen. In frischeren Fällen lassen sich im Eiter regelmässig Gonokokken nachweisen, oft in überraschend grosser Zahl und meist an den Epithelzellen haftend.

Die vorstehend geschilderte einfach katarrhalische Prostatitis entspricht, bis zu einem gewissen Grade, dem akuten Katarrh der Prostata Fingers. Nur besagt schon die Bezeichnung „akuter Katarrh", dass nach Fingers Ansicht, diese Form der Prostataentzündung nie von langer Dauer ist und keine grössere Bedeutung hat und entweder bald zur Ausheilung kommt oder in die anderen, schwereren Formen, die Prostatitis follicularis oder parenchymatosa übergeht. Casper hingegen beschreibt eine leichte Form der chronischen Prostatitis, die sich pathologisch-anatomisch vollkommen mit dem akuten Katarrh der Prostata Fingers und in den Erscheinungen mit der von mir „einfach katarrhalische Prostatitis" genannten Form deckt. Diese leichte Form ist nach Casper so häufig, dass er zu dem Resultate gelangt, 85% aller an Urethritis chr. post. Leidenden habe auch eine Prostatitis schweren oder meist leichten Grades. Letztere könne Jahre und Jahrzehnte lang symptomlos bestehen ohne den geringsten Schaden anzurichten und man entdecke sie nur bei mikroskopischer Untersuchung des exprimierten Prostatasekretes. Die beiden genannten Autoren widersprechen sich also strikt in dem einen Punkte, dass Finger die Prostatitis glandularis catarrhalis nur als akutes Leiden, Casper dagegen nur als chronisches beschreibt, beide jedoch sprechen ihm an und für sich jegliche ernstere Bedeutung ab. Eine bedeutend grössere Wichtigkeit legt ihr Dr. A. Stenczel in Wien bei, der ihr den Namen: umkomplizierte chronisch gonorrhoische Prostatitis giebt und sie im Maiheft der Wiener klinischen Wochenschrift vom Jahre 1906 abhandelt. Er empfiehlt hier dringend diese Prostatitisform nicht unbeachtet und unbehandelt zu lassen, da sie ernste Komplikationen zur Folge haben kann und da die chronische Gonorrhoe vor allem nicht selten im innigsten Zusammenhang mit einer katarrhalischen Prostatitis steht.

Nach meinen Beobachtungen muss ich der Ansicht Stenczels vollkommen beipflichten. In letzter Zeit consequent durchgeführte Untersuchungen haben mir gezeigt, dass in den Fällen, in denen eine Gonorrhoe nicht in etwa 2—3 Monaten zur Heilung kommt und unter wiederholten Rezidiven in das chronische Stadium übergeht, daran fast stets die Komplikation mit einer Prostatitis die Schuld trägt. Es ist dann unumgänglich notwendig, um die Urethritis zur Heilung zu bringen, auch die Behandlung der Prostata in Angriff zu nehmen. Wenn auch diese leichteste Form der chron. Prostatitis in manchen Fällen Jahrzehnte lang bestehen kann, ohne den geringsten Schaden anzurichten, wie Casper behauptet, so unterhält sie ohne Zweifel in anderen Fällen die chron. Urethritis, sie kann aber zu noch viel schwerere Consequenzen führen. So habe ich mehrere Patienten beobachtet, bei denen eine hartnäckige Bakteriurie auf Prostatitis catarrhalis zurückgeführt werden musste. Bei verschiedenen anderen lag ausser einer chron. katarrh. Prostatitis kein anderer Grund vor, um ihre mehr oder weniger hochgradige Potenzabschwächung resp. Impotenz zu erklären. Ich habe noch eben einen Herrn in Behandlung, der vor 20 Jahren eine Gonorrhoe gehabt hat und bei dem erst seit 3 Jahren Erscheinungen von Seiten der Prostata aufgetreten sind und jetzt bietet er das schwere Bild der sexuellen Neurose. Es kann sich bei ihm also nur um eine ganz leichte Form der Prostataentzündung, eine Prostatitis catarrhalis, gehandelt haben, von der Patient 17 Jahre nichts bemerkt hat und trotzdem hat sie schliesslich so schwere Folgeerscheinungen bewirkt.

Es ist daher ein dringendes Gebot in allen Fällen sich länger hinziehender Gonorrhoe die Prostata zu untersuchen und dürfen wir uns nicht mit der einfachen Abtastung begnügen, sondern muss in eben geschilderter Weise das exprimierte Sekret unter dem Mikroskop auf die Gegenwart von Eiterkörperchen untersucht werden. Auch der leichteste Fall katarrhalischer Prostatitis erheischt eine sorgfältige Behandlung, muss auskuriert werden.

Therapie: Bei akuter Prostatitis wirkt die Application der Arzbergerschen Kühlbirne meist sehr gut, die in den Mastdarm eingeführt wird und durch die man längere Zeit hindurch kaltes Wasser durchlaufen lässt. Ferner Eis auf den Damm, Narcotica in Form von subcutanen Injektionen oder als Suppositorien. Weiterhin Ichtyol, in Suppositorien oder Klysmen. In manchen Fällen wird Wärme besser vertragen, besonders wenn Harnverhaltung vorliegt.

Sobald die akutesten Erscheinungen vorüber sind, beginnt man mit der digitalen oder instrumentalen Massage, die die souveräne Behandlungsmethode aller Prostataformen ist. Sind daneben noch Anzeichen einer Urethritis anterior et posterior vorhanden, der Urin getrübt oder Filamente in grösserer oder geringerer Zahl im Urin vorhanden und Gonokokken in Prostatasekret oder Filamenten nachzuweisen, so lasse ich der Massage eine Harnröhren-Blasenspülung nach der Methode von Janet (Urethr. anter.) oder Diday (Urethr. post.) folgen. Als Spülflüssigkeiten verwende ich Lösungen von Kal. hypermanganicum, Albargin, Arg. nitr. etc. in steigender Konzentration, wobei ich meist mit ersteren Medikamenten anfange. Die Quantität beträgt etwa 300 Cbcm. und werden die Lösungen vor dem Gebrauch angewärmt. Einen Schaden bringen die Spülungen der Blase oder anderen Organen des Uro-Genitaltraktus in keinem Fall, bei motorisch intakter Blase verträgt sie ausgezeichnet, ohne im Geringsten momentan oder nachträglich darunter zu leiden. Bei chronischer Prostatitis und ihren Begleit- resp. Folgezuständen wird man häufig gezwungen sein, das ganze Arsenal von Methoden, Instrumenten und Medikamenten auszuprobieren, das zur Behandlung dieses Leidens von verschiedenen Seiten empfohlen worden ist. Neben lokalen Eingriffen — Spülungen, Beizungen (Instillationen etc.), Bougierungen, Durchläufen von kaltem oder warmen Wasser durch Hohlsonden (die sog. Winternitz'schen Psychrophore), Klysmen mit Ichtyol, Jod Brom, Elektrisation der Prostatata u. s. w., kommen allgemeine hydrotherapeutische Massnahmen, kalte und warme Sitz- und Vollbäder, allgemeine Kräftigung des Organismus und der Nerven etc., in Betracht, auf die näher einzugehen mich zu weit führen würde. Das wirksamste Mittel bleibt jedoch auch hier die Massage der Prostata.

Zum Schluss erlaube ich mir einige allgemeine Thesen über Charakter, Wesen und Thesapie der Gonorrhoe aufzustellen, die meine Ansichten und Erfahrungen auf diesem Gebiete in kurzen Worten wiedergeben sollen:

1) Die männliche Gonorrhoe ist eine typische Infektionskrankheit, die unter günstigen Umständen auch ohne

Behandlung in 6—8—10 Wochen zur Heilung kommen kann;

2) Unsere Behandlung muss daher in dem Bestreben bestehen, den erkrankten Organismus in seinem Kampfe gegen die eingedrungenen Infektionserreger nach Möglichkeit zu unterstützen; es kann daher keine schematisch anwendbare „Behandlungsmethode" geben, sondern bei der G. muss, wie bei allen anderen Krankheiten in der Therapie sorgfältig individualisiert werden.

3) Weicht der Verlauf der G. vom Typus ab, so sind hieran meist Komplikationen schuld, d. h. Uebergreifen des gen. Prozesses auf tiefere Gewebsschichten oder der Urethra benachbarte Organe, wie Samenblase, Prostata, Epididymis etc.

4) In allen Fällen sich länger hinziehender G. wie bei allen sog. subakuten und chron. Urethritiden ist auf Komplikationen zu untersuchen.

5) Die Hauptwirkung unserer Medikationen (Einspritzungen, Spülungen, Instillationen, Bougierungen, Massage u. ähnl.) ist darin zu sehen, dass sowohl die Medikamente wie die verschiedenen Manipulationen als solche eine verstärkte Reaktion von Seiten der Gewebe, eine lokale Hyperämie, hervorrufen. Die desinfizierende Wirkung der Medikamente kommt erst in zweiter Linie in Betracht und bleibt nur auf die Oberfläche beschränkt.

6) Bei der Frage, ob die Gonorrhoe ausgeheilt ist, darf man sich nicht ausschliesslich an den Befund oder Nichtbefund von Gonokokken klammern. Ist der Befund positiv, so ist der Fall klar; fallen aber selbst 10—15 Mal wiederholte Untersuchungen negativ aus, ergiebt aber die Untersuchung des exprimierten Prostatasekretes oder der Harnfilamente die Gegenwart reichlicher Eiterzellen, so lässt sich daraus schliessen, dass doch noch Gonokokken vorhanden sein müssen; denn die Eiterung wird bei der G. durch die Gonokokken hervorgerufen und unterhalten und schwindet nach ihrem Schwinden. Bei immer und immer wieder wiederholten Untersuchungen wird man in solchen Fällen schliesslich sicher einmal Gonokokken finden.

Bücheranzeigen und Besprechungen.

F. von Winckel: Handbuch der Geburtshülfe. Dritter Band II. Teil. Wiesbaden. Bergmann 1906.

Der etwas verspätet uns zur Besprechung zugesandte II. Teil des 3. Bandes des Winckel'schen Handbuches ist noch umfangreicher als die bis jetzt erschienen 6 Teile des Werkes. Es beschliesst aber das Werk noch nicht. Auf über 1000 Seiten wird die Pathologie des Wochenbettes besprochen, nachdem der Herausgeber einen weiteren Abschnitt aus der Geschichte der Gynäkologie speziell des XIX. Jahrhunderts vorausgeschickt hat. Die von R. von Braun-Fernwald geschriebenen Kapitel über Genitalwunden der Wöchnerinnen, Umstülpung der Gebärmutter und Genitalblutungen der Wöchnerinnen nehmen einen verhältnismässig kleinen Raum ein und bieten eine übersichtliche Darstellung dieser Erkrankungen. Den Hauptraum des Buches nimmt das Kindbettfieber ein, das von Herff, Wolthard und Wildholz in meisterhafter Weise in noch nicht dagewesener Ausführlichkeit beschrieben wird. Von den Literaturverzeichnissen beanspruchen das erste pag. 255—331, das zweite pag. 970—973 und das dritte pag. 997—1005. Die überwältigend grosse Zahl der angeführten Quellen lässt auf die enorm grosse geleistete Arbeit der genannten Autoren schliessen. Sie wird wohl für lange Zeit eine wichtige Etappe in der Lehre vom Kindbettfieber bilden, auf die spätere Untersucher immer wieder werden zurückkommen müssen. Es ist leider unmöglich auf den Inhalt näher einzugehen. Interessant ist, dass ausser der häufigsten Infektion durch dritte Personen von Herff die Selbstinfektion durchaus zugiebt. Noch liegt die Zeit nicht weit zurück, wo jegliche Wochenbettserkrankung dem Arzt oder der Hebamme häufig genug zu Unrecht zugeschrieben wurde. Nur wenige Geburtshelfer wagten es damals noch von einer Selbstinfektion zu sprechen und riskierten dabei als gänzlich veraltet zum alten Eisen geworfen zu werden. Die praktische Bedeutung des Gonokokkus im Wochenbett wird in überzeugender Weise von Herff dargelegt, seine Morphologie und Kultur von Wildholz beschrieben. Die Zahl der bei der Wochenbettsinfektion beteiligten Bakterien ist eine erhebliche, und hat die spezielle Bakteriologie der puerperalen Wunderkrankungen in Walthard einen kompetenten Bearbeiter gefunden. Das Schlusskapitel behandelt die puerperalen Erkrankungen der Harnorgane und ist von Döderlein in der kurzen Klarheit geschrieben, die wir bei diesem Autor gewohnt sind.

W. Beckmann.

A. Freudenberg: Die chirurgische Behandlung der Prostatahypertrophie. Urban und Schwarzenberg. Berlin und Wien 1907. 48 S.

Der bekannte Verfechter der Bottini'schen Operation in Deutschland bespricht und vergleicht in vorliegender kleiner Arbeit die Chancen und Indikationen der verschiedenen zur Heilung der durch die hypertrophische Prostata bedingten Urinretention vorgeschlagenen chirurgischen Operationen. Von den indirekten radikalen Methoden lässt F. die Vasektomie gelten, wenn ihre Erfolge auch sehr unsicher sind, verwirft jedoch die Kastration und die Resektion des gesammten Samenstranges. Als direkte radikale Methoden kommen die Bottini'sche Operation und die perineale und suprapubische Prostektomie in Betracht. Bei kunstgerechter Ausführung kann die galvanokaustische Diaerese der Prostata in geeigneten Fällen als ein durchaus zu empfehlendes Verfahren angesehen werden. Freudenberg erzielte in 152 Fällen 84 mal Heilung, 45 mal wesentliche Besserung 12 Misserfolge und hatte 11 (= 7,2 pCt.) Todesfälle zu beklagen. Eine Sammelforschung ergab 7,66 pCt. Mortalität und 86,63 pCt. gute Resultate.

Die Prostatektomien sind gefährlicher, die Mortalität schwankt bei der perinealen in verschiedenen Statistiken zwischen 7,13 pCt.—11,3 pCt. und bei der subrapubischen zwischen 11,3 pCt.—18 pCt., Heilung erfolgte in 80—86 pCt. der Fälle, dabei geht bei der perinealen Methode fast immer die Potenz verloren und wird durch Narbenkontraktion der Katheterismus schwierig. Die Bottini'sche Operation ist jedenfalls als geringerer Eingriff anzusehen, besonders auch im Hinblick darauf, dass man sie meist ohne allgemeine Narkose ausführen kann. In jedem einzelnen Fall wird man nach den Umständen und dem Zustande der Prostata die Wahl der Operationsmethode auszuführen haben und bevorzugt im Allgemeinen jeder Operateur die ihm am meisten vertraute Methode. Zur Orientierung auf diesem Gebiete sei die kleine Schrift bestens empfohlen, die Indikationen für jedes der in Betracht kommenden Verfahren sind klar und gut präzisiert.

W. Schiele.

E. Wulffen: Ibsens Nora vor dem Strafrichter und Psychiater. Halle a. S. Verlag von C. Marhold. 1907.

Nach Ansicht des Verf. hat Ibsen in Nora bewusster oder unbewusster Weise, jedenfalls naturgetreu, eine Hysterische geschildert, mit manchen anziehenden und nicht wenig abstossenden Zügen. Keinesfalls aber eine nur Kindlich-Naive. Ihre Handlungsweise bewegt sich auf der Grenze des strafrechtlichen und könnte als eine im Notstande verübte Straftat aufgefasst werden. Die interessanten Ausführungen des Verfassers müssen genauer verfolgt werden und lassen sich nicht gut kurz referieren. Dasselbe gilt auch von der folgenden Broschüre:

E. Wulffen: Kriminalpsychologie und Psychopathologie in Schillers Räubern. Halle a. S. C. Marhold. 1907.

Autor weist nach, dass die Räuber ein naturalistisches Drama in urmodernem Sinne sind. Die Widersprüche in den Charakteren von Franz und Karl Moor sind als Entartungssymptome aufzufassen. Der Begriff der Entartung war Schiller, wie aus manchen Aeusserungen hervorgeht, durchaus nicht fremd und wurde zum Teil vom Genie vorahnend erkannt.

W. Schiele.

Protokolle des XVIII. Aerztetages der Gesellschaft Livländischer Aerzte in Wolmar vom 20.—22. Aug. 1906.

3. Sitzung.

Dienstag, den 22. August, 9 Uhr Morgens.

(Fortsetzung).

Diskussion:

Dr. Ruth schliesst sich allen geäusserten Anschauungen des Vortragenden an. Er hat häufig bei früher gynäkologisch behandelten Patientinnen als alleinige oder hauptsächliche Ursache der Beschwerden eine Appendixerkrankung gefunden Mehrfach waren die Patientinnen virgines, mehrfach wurde die Diagnose durch die Operation bestätigt. Anlässlich der vom Vortragenden geforderten Notwendigkeit einer präziseren Diagnosenstellung seitens der Gynäkologen hat Dr. R. zu Beginn seiner Praxis sehr unangenehm die allzu spezialistische Ausbildung empfunden. Mit Erkennung dieser Tatsache und daraus folgender Beachtung auch anderer Organe als der Geschlechtsorgane besserten sich die Erfolge der Behandlung zusehends. Dr. R. weist besonders auf die häufigen Darmstörungen, namentlich Obstipationen, hin. Nach Beseitigung derselben schwanden auch die auf eine gynäkologische Erkrankung zurückgeführten Beschwerden.

Dr. v. Knorre stimmt mit den Ausführungen seines Vorredners überein, dass den Erkrankungen des Appendix und ihrem Vortäuschen resp. Hand in Hand gehn mit gynäkologischen Leiden bisher von fachmännischer Seite viel zu wenig Berücksichtigung entgegengebracht wurde. Erst die letzten 4—5 Jahre haben allgemein die Wichtigkeit dieser Erkrankung in den Vordergrund gerückt und muss der Möglichkeit dieser Erkrankung bei Beurteilung entzündlicher Affektionen der Beckenorgane — besonders bei jungen Mädchen und virgines — die weitgehendste Aufmerksamkeit geschenkt werden. Auch auf die Wahl des Weges bei Operationen — falls solche bei entzündlichen Affektionen indiziert sein sollten — haben diese Erfahrungen bestimmend zu wirken, indem wir der Laparotomie wieder weitgehendere Anwendung zuerteilen als bisher, wo unter dem Einfluss der französischen Schule (Segour-Doyen in Deutschland Martin, Dürrhsen, Landau, dem vaginalen Operieren der Vorzug gegeben wurde. Bezeichnend für die Richtigkeit dieses Vorgehns ist der Umstand, dass z. B. Th. Landau, früher ein eifrigster Verfechter vaginaler Operationen, jetzt bei rechtsseitigen Genitalaffektionen nur die Laparotomie angewandt wissen will. Als Grundsatz muss ferner jetzt aufgestellt werden, dass bei jeder Eröffnung des Abdomens auch eine Revision des Appendix und, wenn erforderlich, Entfernung desselben vorgenommen werden muss. Eine Komplikation im Wundheilungsverlauf der Operation, wo neben einem Myom, Ovarialtumor auch der Appendix entfernt wurde hat Dr. K. nie beobachten können, wie auch das Versorgen des Appendix bei den meist grossen Längsschnitten resp. suprasymphysären Querschnitten das denkbar einfachste war.

Dr. Sintenis hebt als Aetiologie bei virgines die Infektion vom Darm bei Obstipation hervor und führt einige Belege für die Keilmann'schen Ausführungen an. Auch Dr. Meyer hat die chronische Oophoritis kaum jemals konstatiert. Dieselbe ist in der Station der Mellin'schen Anstalt nie notiert. Unter 71 Fällen die als Appendicitis im Journal der Mellin'schen Anstalt vermerkt sind waren 10 Fälle zunächst als schwere entzündliche gynäkologische Affektionen aufgefasst worden. Erst die Operation, resp. genaue Untersuchung, stellte die Ursache des Leidens als perforative Appendicitis fest. Dr. M. teilt vollkommen die Anschauungen Dr. Keilmanns betreffend den Abszess im Douglasschen Raum als Folge der perforativen Appendicitis. Schwierig ist oft die Differenzialdiagnose bei der katarrhalischen Form der Appendicitis, bei Erkrankungen des Peritoneums des Appendix, sowie der Lymphbahnen die zu demselben hinziehn. Hier werden Irrtümer auch in Zukunft schwer ganz zu vermeiden sein. Bei Laparotomien muss stets auf den Appendix geachtet und erforderlichen Falls zu seiner Entfernung geschritten werden. Die Landau'sche radikale Adnexoperation hat Dr. M. definitiv aufgegeben, nachdem er einmal einen Todesfall erlebt, welcher durch Abreissung eines Teils des Appendix bei vaginaler Entfernung des Uterus und beider schwere Veränderungen aufweisenden Tuben veranlasst war.

Dr. Hampeln: Bei der Appendizitis liegt der eigene Fall des Grenzens an 3 Gebiete, statt der üblichen 2 vor, an das des Internisten, Chirurgen und Gynäkologen. Dr. Keilmann hat auf die wichtige Konkurrenz von Appendizitis mit gynäkologischen Affektionen und die daraus entspringenden diagnostischen Irrtümer mit Geschick hingewiesen. Wenn H. als Internist zur Frage das Wort ergreift, so geschieht das weil er als solcher häufig mit diesen Fällen und darum auch mit der Frage, ob Beziehungen der Appendicitis zu den Sexualorganen vorliegen oder nicht, zu tun gehabt hat. In einem ihm bekannten Fall wurde bei einer Patientin wegen angenommener Appendicitis — Fieber, Cökalschmerz aber kein Tumor — die Operation ausgeführt. Entfernung eines adhärenten, sonst wenig veränderten Appendix und entzündeter Umgebung. Nach zwei Tagen wieder Fieber und Schmerzen nur in linker Bauchgegend. Nun gynäkologische Behandlung bis zur Genesung. Es standen sich hier nun zwei Auffassungen gegenüber. Nach der einen hatte es sich nur um eine Appendizitis mit ihren Folgeerscheinungen, nach der andern um einen rein gynäkologischen Fall gehandelt. Er selber halte an der ersten Auffassung fest. Man könne eben nicht immer auf eine Perforation und einen Eiterherd als Wesen einer Appendicitis rechnen, diese verlaufe auch unter andern Formen. So erschienen ihm 2 Fälle seiner Praxis von Wichtigkeit in denen leichte, schwer zu deutende Temperatursteigerungen, die auf Tuberkulose zurückgeführt wurden, bestanden hatten. Schliesslich traten Appendicitissymptome auf. In einem Fall wurde in diesem Jahr in Königsberg, im andern in Riga die Appendicitisoperation ausgeführt. Auch hier fand sich keinmal ein Eiterherd, es lagen aber doch Veränderungen am Appendix vor, die an einen Zusammenhang mit den Fieberbewegungen denken liessen.

Auf Dr. Keilmanns Frage nach der Art der gynäkologischen Erkrankung im ersten Fall erwidert H., dass es sich um ein parametritisches Exsudat gehandelt haben soll. Während der ersten Krankheitsperiode war eine profuse Blutung aus dem Genitale aufgetreten, doch hatte, soviel ihm bekannt, sowohl die äussere als innere und kombinierte Untersuchung zu keiner Zeit die Anwesenheit eines Tumors, aus dem etwa auf eine extrauterine Gravidität hätte geschlossen werden können, ergeben.

Dr. Truhart: Von meinem geehrten Vorredner ist auf eine Lücke in der Differentialdiagnose bei den Adnexerkrankungen und der Appendicitis hingewiesen worden. Ich möchte meinerseits auf die Senkungsabszesse hinweisen, die ihren Ausgangspunkt von einem subphrenischen Abszess nehmen denen die Cholecystitis purulenta perforativa, resp. aber auch eine Pankreatitis suppurativa als ätiologisches Moment zu Grunde liegt. Die Fälle sind nicht allzu selten in welchen der Gynäkologe die Diagnose einer eitrigen Parametritis oder aber der Chirurg die Diagnose einer Appendicitis suppurativa stellt; die Operation wird lege artes gemacht, Eiter und der oft verdickte Appendix entfernt, Jodoformgazetamponade und Drainage ausgeführt. Der Pat. geht zu Grunde und die Sektion ergiebt, dass es sich um Cholecystitis purulenta perforativa oder parapankreatitischen Abszess gehandelt hat. Der Pat. wäre zu retten gewesen wenn auf die Anamnese und die ätiologische Diagnose mehr Rücksicht genommen worden wäre, die mit ihren Initialerscheinungen auf die Cholecystitis resp. die Pankreatitis die Aufmerksamkeit hingelenkt und zu einer Probelaparotomie in der Oberbauchgegend Veranlassung gegeben hätte.

Dr. Bornhaupt: Wenn auch die Appendicitisfrage auf den letzten Chirurgenkongressen garnicht mehr behandelt worden ist, so müssen wir doch Dr. Keilmann für das von ihm angeregte Thema sehr dankbar sein, da dasselbe einen wichtigen Beitrag zur Differentialdiagnose liefert. Zur Vervollständigung möchte ich noch auf ein Moment hinweisen: an zwei in der letzten Zeit von mir operierten Frauen ist es mir aufgefallen, dass neben der Appendicitis rechts eine bewegliche Niere vorhanden war und dass nach der Entfernung des kranken Wurmfortsatzes die Beschwerden nicht so vollständig geschwunden waren wie es gewöhnlich der Fall ist. Es drängt sich in solchen Fällen die Frage auf wie weit die Wanderniere und wie weit die Appendicitis die Schuld an den Beschwerden trägt, obgleich Israel es fast für einen Kunstfehler erklärt, wenn man die Frauen ohne weiteres auf bewegliche Nieren aufmerksam macht. Vor kurzem aber habe ich einen Fall operiert wo langjährige krampfartig auftretende Schmerzen im rechten Bein die für Ischias angesehn wurden durch eine Kombination einer Appendicitis mit einer rechtsseitigen Wanderniere, die in den entzündlichen Adhäsionen retroperitoneal und hinter dem nach oben unter die Leber geschlagenen entzündeten Wurmfortsatz fixiert war, ausgelöst waren. Die krampfartigen Schmerzen im Bein schwanden nachdem die Niere in der Lumbalgegend fixiert und der kranke Wurmfortsatz entfernt worden war.

Dr. Keilmann: Im Grossen und Ganzen kann ich mit Genugtuung konstatieren, dass die grosse Zahl der an der Diskussion beteiligten Redner meinen Darlegungen zustimmte und dieselben noch erweitert hat. Meine per-

sönlichen Erfahrungen hier mitzuteilen schien mir besonders deshalb berechtigt weil bei ständiger und sorgfältiger Berücksichtigung der Möglichkeit, dass eine Appendixerkrankung Ursache von Unterleibsbeschwerden sein kann gewiss eine nicht geringe Zahl von sog. «kranken Frauen» vor der mit «Oophoritis» und ähnlichen Diagnosen scheinbar begründeten gynäkologischen Polypragmasie bewahrt werden können. Als wirksames Mittel sich vor Irrtum zu schützen glaube ich nochmals die ätiologische Klärung des vorliegenden Falles betonen zu müssen. Eine gynäkologische Diagnose ohne klare Aetiologie soll (abgesehn von den Tumoren) stets mit Reserve gestellt werden.

4. Dr. Sintenis hält seinen Vortrag «Zum Kampf gegen das Uteruskarzinom».

Diskussion:

Dr. Keilmann hält es für ausgeschlossen, dass man den Vorschlägen des Dr. Sintenis widersprechen könnte, doch muss er leider annehmen, dass ein Erfolg kaum zu erwarten ist. Der Versuch durch die Presse und durch Merkblätter, für die Muster vorhanden sind, Aufklärung des Volkes über die Anfangssymptome dieser leider schmerzlos beginnenden Krankheit anzustreben wäre immerhin gerechtfertigt.

Dr. Meyer schliesst sich dem Wunsch des Kollegen Sintenis an, obschon er auch keinen sehr wesentlichen Erfolg von einem solchen Vorgehn erwarten kann. Er richtet an Dr. Keilmann die Bitte die Redigierung des Aufrufes zu übernehmen.

Dr. Sintenis: Wenn der Vorstand des livl. Aerztetages die Führung in der Sache übernehmen will, so ist das gerade das, was mir erreichenswert schien.

5. Dr. Ruth hält seinen Vortrag «Ueber Eklampsie».

Diskussion:

Dr. Sintenis: Der plötzliche Rückgang im April zeugt nur für die relative Unsicherheit der Tabelle, da diese Zahl entschieden dem Zufall unterlegen gewesen ist. Es schiene auch darum interessant die Arbeit auf die breitere Basis der Vergleichung der verschiedenen Klimata und ihrer Beziehung zur Häufigkeit der Eklampsie zu stellen. Dass lokale Unterschiede in Intensität und Häufigkeit der Eklampsie existieren ist bekannt. Es wäre hochinteressant nun Klima und Eklampsie in exakt nachweisbare Relation gesetzt zu sehn.

Dr. Ruth: Die niedrigere Zahl im April kann eine zufällige, aber auch durch dem Mai gegenüber günstigeres Wetter erklärt sein. In Riga fällt das sogenannte Aprilwetter häufig in den Monat Mai. Auch in den veröffentlichten Daten von Hammerschlag lassen sich Beweise für den Einfluss des Wetters finden, trotz seines Verneinens, so z. B. in der relativen Feuchtigkeit und in den veröffentlichten Kurven. Die Frage des klimatischen Einflusses ist noch wenig untersucht. Sie scheint selbst nach den Angaben der Literatur zu schwer zu beantworten zu sein. Nach dem gefundenen Einfluss der Witterung muss der des Klimas angenommen werden. In Riga soll eine Umfrage zwecks Sammlung heimatlicher Eklampsiefälle zur Fortsetzung der begonnenen Untersuchung stattfinden. Darin sollen die Fragen des Klimas, der sozialen Verhältnisse, der nationalen Einflüsse und der nervösen Veranlagung berücksichtigt werden.

Dr. Keilmann erwidert Herrn Sintenis, dass auch kleine Zahlen sich oft mit Anwendung der nötigen Kritik verwenden lassen; man dürfe bei Beurteilung statistischer Daten nicht in der Forderung nach grossen Zahlen stereotyp werden. Die kleine Zahl des April verschwindet in ihrer Besonderheit sofort, wenn man die am meisten belasteten Vierteljahre statt der Monate in Betracht zieht — die Höchstzahlen 35 und 37 sind dann fast die gleichen.

(Schluss folgt.)

Tagesnachrichten.

Personalia.

— Goldenes Jubiläum. Am 25. Juni beging der langjährige Stadtarzt und beratendes Mitglied der Medizinalverwaltung von Odessa, Staatsrat Dr. Eduard Lissner, das 50-jährige Jubiläum seiner ärztlichen Tätigkeit. Der Jubilar, der im 76. Lebensjahre steht, dürfte wohl der älteste der noch im aktiven Dienste stehenden Stadtärzte sein.

— Am 11. Juli feierte, wie wir der «Nordl. Ztg.» entnehmen, einer der wenigen deutschen Professoren der Dorpater Universität, der Professor der Zoologie und vergleichenden Anatomie Dr. Julius v. Kennel den 25. Jahrestag des Beginnes seiner akademischen Lehrtätigkeit. Von diesen 25 Jahren ist Prof. Kennel nicht weniger als 21 Jahren an der Universität in Dorpat tätig gewesen, wo er nicht nur durch seine Vorlesungen für Studierende der Naturwissenschaften und Medizin, sondern auch durch die Anregung, welche er durch seine populärwissenschaftlichen Vorträge und durch seine Mitarbeit an wissenschaftlichen Vereinigungen der Stadt gegeben, in weiten Kreisen sich warmen Dank erworben hat. Seine Lehrtätigkeit begann der Jubilar als Privatdozent für Zoologie und vergleichende Anatomie in Würzburg, von wo er im Januar 1887 einem Rufe als Professor der Zoologie an die Universität Dorpat folgte.

— Der ordentliche Professor der Physiologie an der militärmedizinischen Akademie Dr. J. P. Pawlow ist in der Würde eines Akademikers bestätigt worden.

— Der Oberarzt des Finnländischen Leibgarderegiments Staatsrat Dr. N. Ssuchowski ist mit Uniform und Pension verabschiedet worden, unter gleichzeitiger Beförderung zum wirklichen Staatsrat.

— Zum Rektor der Universität Glasgow ist der bekannte Pathologe Prof. Mac Alister, der das Ziegler'sche Lehrbuch der spez. pathologischen Anatomie ins Englische übersetzt hat, gewählt worden. Seit der Gründung dieser Universität i. J. 1450 hat bis zur Wahl Mc. Alisters stets ein Geistlicher an der Spitze derselben gestanden.

— Sowohl Prof. Menge in Erlangen als auch Prof. Franz in Jena haben den Ruf auf den Lehrstuhl der Geburtshülfe und Gynäkologie in Tübingen als Nachfolger Prof. Döderleins abgelehnt.

— Der ordentliche Professor der Chirurgie Dr. Paul Friedrich in Greifswald ist als Nachfolger Prof. Küttners, der nach Breslau übersiedelt, auf den Lehrstuhl der Chirurgie nach Marburg berufen worden.

— Dem bekannten Augenarzt Dr. Georg Weill in Strassburg ist der Professortitel verliehen worden.

Nekrologe:

— Verstorben sind: 1) In Warschau der ehemalige Professor der Histologie und Embryologie an der dortigen Universität, wirklicher Staatsrat Dr. Heinrich Hoyer, im Alter von 73 Jahren. Der Hingeschiedene, welcher i. J. 1865 den Arztgrad erlangte, war ein hervorragender Histolog und während seiner langjährigen Wirksamkeit an der Warschauer Universität auch ein beliebter Lehrer. Neben seiner akademischen Tätigkeit fungierte er auch als praktischer Arzt, sowie als geschätzter Vertrauensarzt von Lebensversicherungsgesellschaften. Die Warschauer Aerzte, von denen die Mehrzahl zu seinen Schülern gehört, haben, um sein Andenken zu ehren beschlossen eine Sammlung zu veranstalten, deren Ergebnis zur Verstärkung der Mittel des Laboratoriums der Warschauer Gesellschaft der Aerzte dienen soll, in welchem Prof. Hoyer viele Jahre gearbeitet hat. 2) In Wologda der Gehülfe des Gouvernements-Medizinalinspektors, Staatsrat Dr. Alexander Tschernowski im 62. Lebensjahre an einem Herzleiden. Nach Absolvierung seiner Studien an der mediko-chirurgischen Akademie i. J. 1874 liess er sich in Wologda nieder, wo er anfangs als Landschaftsarzt, dann als Stadtarzt und zuletzt als Gehülfe des Medizinalinspektors und Gefängnisarzt 33 Jahre hindurch gewirkt hat, und sich allgemeiner Liebe und Achtung erfreute. 3) In Charkow der Landschaftsarzt des Fleckens Nowogluchow (Gouv. Charkow) Dr. Johann Roshdestwenski im 63. Lebensjahre nach mehr als 20 Jahren im Dienst derselben Landschaft. 4) In Kopenhagen Prof. Dr. Edmund Grut, der von 1888—95 den Lehrstuhl der Ophthalmologie an der dortigen Universität inne hatte. Er hat ein Alter von 76 Jahren erreicht. 5) In Paris am 15. Juni der Professor der inneren Medizin und Kinderheilkunde Dr. Grancher, Mitglied der Académie de Médecine, im 65. Lebensjahre. Der Verstorbene hat sich grosse Verdienste um die Bekämpfung der Tuberkulose in Frankreich erworben. Er war auch Gründer und Redakteur der bekannten med. Zeitschrift «Bulletin médicale».

Standesangelegenheiten.

— Der Exdeputierte der zweiten Reichsduma für das Charkowsche Gouvernement Dr. Popow (Linker) ist aus diesem Gouvernement ausgewiesen worden.

— Von dem Exdeputierten der zweiten Reichsduma Dr. A. Schingarëw (Kadett) war bei dem Gouvernementslandschaftsamt in Woronesh ein Gesuch eingereicht worden um Wiederanstellung auf dem Posten des Gouvernements-Sanitätsarztes, von welchem er kurz vor seiner Wahl in die Reichsduma auf Anordnung des Gouverneurs entlassen worden war. Wie sich voraussehen liess, hat der Gouverneur, dem das Gesuch zur Bestätigung vorgestellt wurde, seine Zustimmung zur Wiederanstellung Dr. Schingarëw versagt.

— Der Moskauer Gouverneur hat die von ihm verfügte Entlassung des Landschaftsarztes Dr. Durassow von der Leitung der Glasowschen Heilanstalt im Mosbaisker Kreise (cfr. die vorige Nr.) dahin abgeändert, dass der Gemassregelte auf einen Arztposten in den Podolsker Kreise übergeführt werden kann.

— In der von der Nishni Nowgorodschen Gouvernementslandschaft unterhaltenen Irrenkolonie im Kirchdorfe Ljachowo ist am 21. Juni auf Anordnung der Gendarmerieverwaltung eine fast 18 Stunden dauernde Haussuchung in allen Räumen derselben (mit Ausnahme der Krankenzimmer) vorgenommen worden, bei welcher verschiedene Druckerei-Utensilien, Lettern und Walzen, mehrere hundert Flinten- und Revolver-Patronen, 31 Pfund Schiesspulver und eine Flinte gefunden wurden.

— Die Russische Gesellschaft zur Wahrung der Volksgesundheit hat beschlossen, zum Andenken an das 50-jährige Arztjubiläum des Dr. A. Rauchfuss Stipendien für die Kinder-Sommerkolonien um welche der Jubilar sich grosse Verdienste erworben hat, zu stiften. Spenden werden entgegengenommen in der Verwaltung der obengenannten Gesellschaft, Moika 85.

Vereins- und Kongressnachrichten.

— Die VI. Konferenz der internationalen Vereinigung zur Bekämpfung der Tuberkulose, an deren Spitze Leon Bourgeois (Paris) und Ministerialdirektor Althof (Berlin) stehen, findet in diesem Jahre vom 6./19. bis 8./21. September in Wien unter dem Protektorate des Kaisers Franz Josef statt. Den Hauptgegenstand der Verhandlung wird die für die praktische Bekämpfung der Tuberkulose wichtige Frage der Infektionswege bilden. Hauptberichterstatter ist der Pathologe Prof. Weichselbaum (Wien) ausserdem werden über die Erfolge des Kampfes gegen die Tuberkulose in verschiedenen Ländern referieren: v. Behring (Marburg), Calmette (Lille), Flick (Philadelphia), Flügge (Breslau), B. Fränkel (Berlin), Kraus (Berlin), Orth (Berlin), Raw (Liverpool), Spronck (Utrecht), Unterberger (Korpsarzt des Gardekorps in Petersburg). Am 8./21. und 9./22. September werden Exkursionen in die Tuberkulose-Heilanstalt Alland bei Wien und an den Luftkurort Semmering unternommen werden. Anfragen in Betreff der Konferenz sind an den Generalsekretär der Vereinigung Prof. Dr. Pannwitz (Charlottenburg, Knesebeckstrasse 29) zu richten.

— Am 2. Juli wurde in Moskau der II. Allrussische Odontologenkongress eröffnet, zu dem sich 185 Fachgenossen, darunter auch Dr. Wellin aus Stockholm und Dr. Körbitz aus Berlin, eingefunden hatten. Vom Ministerium des Innern war auch jüdischen Zahnärzten für die Zeit des Kongresses der Aufenthalt in Moskau gestattet worden. Zum Präsidenten des Kongresses wurde Dr. Wilga (Moskau), zum Vizepräsidenten der Zahnarzt J. Klingelhöfer (St. Petersb.) und zum Sekretär Dr. J. Kowarski (Moskau) gewählt. Das Programm umfasste ausser den wissenschaftlichen Berichten die Organisation der zahnärztlichen Hülfe in den Landschaften und Fabriken, die Reform der zahnärztlichen Bildung und andere Standesangelegenheiten.

Verschiedene Mitteilungen.

— Dr. J. Brennsohn eröffnet im September d. J. in Riga eine vom Minister des Innern konzessionierte Schule für Massage, Heilgymnastik, hygienische und pädagogische Gymnastik mit staatlichen Rechten. Der Lehrkursus dauert ein Jahr. Unterrichtssprache deutsch, eventuell eine Parallelklasse mit russischer Unterrichtssprache.

— Eröffnung neuer Apotheken in Petersburg. Gemäss einem Gutachten des Medizinalrats dürfen in St. Petersburg auf Grundlage der durch die Bestimmungen vom 25. Febr. 1906 festgesetzten Norm für die der Anzahl der Apotheken entsprechende Bewohnerzahl in St. Petersburg ohne weiteres 26 neue Apotheken eröffnet werden, wie das auch vom St. Petersburger Stadthauptmann nach den örtlichen Verhältnissen als notwendig angesehen wird.

— Frequenz der kaukasischen Mineralbäder. Bis zum 1. Juli d. J. betrug die Zahl der angereisten Badegäste in sämtlichen Bädern dieser Gruppe 22,756. Davon entfallen auf Essentuki — 7,942, auf Pjatigorsk — 6.354, Kisslowodsk — 4,753 und Shelesnowodsk — 3,707 Personen. In Essentuki war der Zudrang der Kranken ein so grosser, dass vom 10.—20. Juli die meistbegehrte Quelle Nr. 17 versagte und mehrere Tage den Kranken in Flaschen bereits abgefülltes Wasser dieser Quelle verabreicht werden musste. Leider ist dort die alte Klage über die unnormierten Preisverhältnisse für die notwendigsten Lebensbedürfnisse, und namentlich die Wohnungen in den russischen Badeorten wieder recht laut geworden. Zu Anfang der Saison waren z. B. in der Essentukischen Bädergruppe die Preise für die Wohnungen ziemlich mässige gewesen; als aber der Zustrom der Badegäste ein grösserer wurde, haben die Wohnungsvermieter ihre Preise nicht nur auf das Doppelte, sondern auch noch höher geschraubt, so dass sich viele Kranke unerwartet in eine kritische Lage versetzt sahen.

— Die Pathogenese der Krebskrankheit ist trotz der umfangreichen Forschungen der letzten Jahre noch immer in geheimnissvolles Dunkel gehüllt, und es ist bisher nicht gelungen, weder für die parasitäre Theorie, noch für die besonders von Anatomen verfochtene Annahme, dass der Krebs von versprengten oder entarteten Zellen des Körpers seinen Ursprung nehme, einwandfreie Beweise beizubringen. Neuerdings ist es jedoch Prof. v. Leyden und Dr. Bergell (Deutsch. med. Woch. Nr. 23) geglückt, aus frischen Tierlebern durch Auspressen ein Ferment zu gewinnen, das die Krebsmasse erweicht und verflüssigt und auf diese Weise in einigen Fällen grosse maligne Tumoren (Sarkome und Karzinome) zum Zerfall brachte. Auf Grund dieser Versuche glauben nun v. Leyden und Bergell annehmen zu können, dass es dem krebskranken Organismus an der nötigen Menge eines fermentartigen Stoffes mangelt, der beim Gesunden vorhanden ist. Mag nun diese neue Theorie richtig sein oder nicht, so ist dieser Stoff doch vorläufig zur Behandlung des Krebses nicht zu verwenden, da der Lebersaft begreiflicherweise keinen einheitlichen chemischen Stoff darstellt, sondern neben dem wirksamen Ferment noch allerlei Stoffe mit toxischen Eigenschaften enthält, die wenigstens unschädlich gemacht werden müssen. Immerhin bringen diese Versuche neues Licht in das Dunkel der Natur des Krebses.

— Ein neues Heilmittel gegen Syphilis. Die französischen Aerzte haben in der letzten Zeit eine Reihe von Arbeiten unternommen, die den Zweck haben, teils die Lueserkrankungen zu verhüten, teils sie dauernd und ohne schädliche Nebenwirkungen zu heilen. Während Roux und Metschnikow in ihrer Kalomelpomade ein wirksames Impfmittel gefunden zu haben glauben, tritt nun der im Pasteurschen Institut in Paris beschäftigte Dr. Paul Salmon mit einem neuen angeblich sicheren Heilmittel der Syphilis vor die Oeffentlichkeit. Es ist das das bekannte Arseniksalz Atoxyl, welches bekanntlich auch von Prof. Robert Koch mit Erfolg gegen die Schlafkrankheit angewandt wird. Es ist ja nichts Ungewöhnliches, dass ein und derselbe Stoff Mikroben verschiedener Krankheiten vernichtet. Wie Dr. Salmon, der seine Entdeckung im Laboratorium Metschnikows gemacht hat, berichtet, genügten bei einem seit 6 Monaten behandelten Kranken drei Einspritzungen von Atoxyl, um ihn in 3 Wochen zu heilen. Zwei andere Kranke wurden in 4 Wochen geheilt. Die Einspritzungen verursachen weder Schmerzen noch Abszesse.

Bf.

 **ANNONCEN JEDER ART** werden in der **Buchhandlung** von **K. L. RICKER** in St. Petersburg, Nevsky-Pr. 14, sowie in allen in- und ausländ. Annoncen-Comptoiren angenommen. 



Nach langjähriger spezialistischer Tätigkeit in **Berlin** praktiziere ich im Sommer in

Bad Reichenhall.

Dr. Franz Rosenfeld,
Spezialarzt

für **Nasen-, Hals-** und **Lungenleiden.**
(Haus D u s c h l).

Dr. Hofmann's Kuranstalt

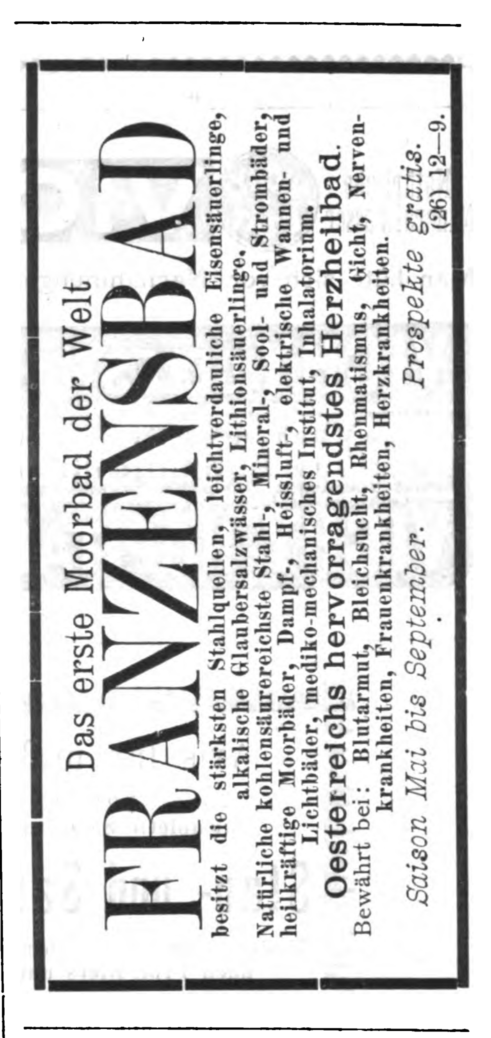
Bad Nauheim

Spezialanstalt für herzleidende Neurastheniker. E n t f e t t u n g s k u r e n bei herzleidenden nach eigener Methode. Prospekt frei.

Dr. Hofmann, Dr. Pöhlmann.

(56) 15—8.

Dr. H o f m a n n praktiziert auch ausserhalb der Kuranstalt.



PERTUSSIN

Extract. Thymi saccharat. Taeschner.

ges. gesch. Einfuhr von der russ. Behörde gestattet.
Unschädliches, sicher wirkendes Mittel gegen:

Keuchhusten, Kehlkopf- und Bronchialkatarrh.

Literatur in hervorrag. Blättern Deutschlands u. Oesterreich-Ungarns.

Aerztliche Gutachten:

Prof. Dr. Ernst Fischer *(Strassburg)*:
Die Wirkung des **„Pertussin"** war eine überraschende; wenngleich ich nicht gerade sagen kann, dass der Keuchhusten sich in einigen Tagen in einen einfachen Katarrh verwandelte, so wurden die Anfälle so milde, der Schleim so locker, dass das Erschreckende des Keuchhustens, das Blauwerden und die drohende Erstickung, vollständig wegfielen.

Dr. Model, kgl. Bezirksarzt a. D. *(Weissenburg)*:
Nach dem Gebrauch des **Pertussin** war es mir beim Erwachen plötzlich, als athmete ich die freie herrliche Luft auf einem Alpen-Gipfel. Diese Leichtathmigkeit fiel mir besonders auf, der ich infolge langjähriger Bronchialkatarrhe an merklichem Emphysem leide.

Dr. Alfred Müller *(Neuhausen)*:
Mein Urtheil geht dahin, dass das **Pertussin** ein Mittel ist, das in kürzester Zeit den mit Recht so gefürchteten Keuchhusten in einen ungefährlichen und fast unmerkbaren Bronchialkatarrh überzuführen vermag. Ich kenne zur Zeit kein anderes Mittel, welches sich des gleichen Vorzuges rühmen dürfte.

Dr. Erich R. von Matzner *(Birkfeld, Steierm.)*:
Die drei mit **Pertussin** behandelten Bronchitiden, davon zwei bei Kindern, zählten zu den schwersten Formen und jedesmal erwies sich Ihr Präparat als von ausgezeichneter Wirkung; der starke Hustenreiz nahm in wenigen Stunden bereits ab und die Secretion begann sich bald zu verringern, die Temperatur fiel ab.

Verkauf nur durch die Apotheken, sowie durch folgende Engros-Depôts:
H. Bierstümpfel, Apotheker, Warschau, Marszalkowska 136. **Ad. Marcinczik, Apotheker, Kiew. Paul Seebode, Apotheker, Riga,** Kalkstr. 26. **B. Schaskolsky, Petersburg, Carl Ferrein, Moskau.**

Hergestellt in der **Kommandanten-Apotheke E. Taeschner, Berlin C. 19,** Seydelstrasse 16. (14) 0—2.

BAD KREUZNACH

Saison 1. Mai—30. Sept.

Stark radioaktive Jod-, Brom- und Lithionhaltige Heilquellen. Alle modernen Heilmittel und perfekte sanitäre Einrichtungen. Indikationen: Frauen und Kinderkrankheiten, Skrofulose, Rachitis, Hautkrankheiten, Herzkrankheiten, Gicht und Rheumatismus.

Versand von Kreuznacher Mutterlauge.

Prospekte durch die Kurdirektion gratis und franko.

Herausgeber Dr. Rudolf Wanach. Buchdruckerei v. A. Wienecke Katharinenhofer Pr. № 15

XXXII. JAHRGANG. ST. PETERSBURGER Neue Folge XXIV. Jahrg.

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Redaktion von

Prof. Dr. Karl Dehio. Dorpat.
Dr. Johannes Krannhals. Riga.
Dr. Rudolf Wanach. St. Petersburg.

Die „St. Petersburger Medizinische Wochenschrift" erscheint jeden Sonnabend.—Der Abonnementspreis ist in Russland 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr inkl. Postzustellung; in den anderen Ländern 20 Mark jährlich, 10 Mark halbjährlich. Der Insertionspreis für die 3mal gespaltene Zeile in Petit ist 20 Kop. oder 45 Pfen.—Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt. —Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.

Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate bittet man ausschliesslich an die Buchhandlung von K. L. Ricker in St. Petersburg, Newsky-Prospekt № 14, zu richten. — Manuskripte sowie alle auf die Redaktion bezüglichen Mitteilungen bittet man an den geschäftsführenden Redakteur Dr. R. Wanach in St. Petersburg, Petersb. Seite, Alexandrowski Pr. 6 zu richten. Sprechst. Dienstag, Donnerstag und Sonnabend 5—6.

№ 30 St. Petersburg, den 28. Juli (10.) August. 1907.

Dieser № liegt № 6 u. 7 der «Revue der Russischen Medizinischen Zeitschriften» bei.

Die Herren Kollegen, welche den vom 17.—19. August in Dorpat stattfindenden Aerztetag besuchen und Absteigequartiere belegen wollen, werden gebeten sich an Herrn Dr. med. E. Graubner, Dorpat, Gartenstrasse 15, zu wenden.

Bücheranzeigen und Besprechungen.

Jul. Zappert (Privatdoz. i. Wien): Die physikalische Therapie im Kindesalter. (23. Heft der „Physikalischen Therapie in Einzeldarstellungen"). Stuttgart 1906, Verl. von Ferd. Encke. gr. 8°, 91 Seiten. Preis M. 2,20.

Während die physikalischen Heilmethoden bereits seit längerer Zeit ihren Einzug in alle Teile der Heilkunde gehalten und als eine Bereicherung des ärztlichen Könnens sich erwiesen haben, finden diese Heilmethoden in der Behandlung kranker Kinder viel langsamer und schwieriger Eingang. Es sind zum grossen Teil noch die Ansichten früherer Aerztegenerationen, die aus den Befürchtungen der Eltern sprechen, dass z. B. eine kalte Einpackung Erkältungen hervorrufen könne, Leibesanstrengungen zu anstrengend und gefährlich seien u. s. w. Die Tatsache, dass das Anwendungsgebiet der physikalischen Heilmethode beim Kinde kein geringeres ist als beim Erwachsenen, wird aber bald jeder Arzt, der die verschiedenen hierher gehörigen Behandlungsverfahren prüft, erkennen müssen. Es erübrigt nur, die bei Erwachsenen angewandten Methoden den kindlichen Verhältnissen anzupassen.

Das vorliegende Buch bespricht nun in klarer und hinlänglich ausführlicher Weise die physikalische Therapie im Kindesalter in zwei grossen Abschnitten, von denen der I. diese Therapie beim gesunden Kinde und der II. diese beim kranken Kinde abhandelt. In dem ersten Abschnitte verdienen besondere Beachtung die Kapitel über Abhärtung, Leibesübungen und Sport, in welchen u. a. mit Nachdruck darauf hingewiesen wird, dass auch die Abhärtung wie alle anderen dem Kinde zukommenden physikalischen Behandlungsmethoden einer genauen Dosierung und individuellen Anpassung bedarf. Der II. fast 50 Seiten umfassende Abschnitt ist der Anwendungsweise der physikalischen Heilmethoden bei den verschiedenen Krankheiten des Kindesalters gewidmet. Ausführlicher besprochen werden in diesem Buche nur diejenigen physikal. Methoden, die sich beim Kinde anders darstellen als beim Erwachsenen, während die Orthopädie, Massage, Elektrotherapie, Licht- und Thermotherapie, die in ihrer Anwendungsform beim Kinde sich kaum von jener der Erwachsenen unterscheiden, nur kurz erwähnt werden.

Die Ausstattung des empfehlenswerten Buches ist eine durchaus gute.

Bernhoff.

Protokolle des XVIII. Aerztetages der Gesellschaft Livländischer Aerzte in Wolmar vom 20.—22. Aug. 1906.

3. Sitzung.

Dienstag, den 22. August, 9 Uhr Morgens.

(Schluss.)

6. Dr. Schulz hält seinen Vortrag «Lebensverhältnisse der in der geburtshilflichen Poliklinik zu Riga geborenen Kinder».

M. H. Einer Aufforderung des Direktors der Hebammenschule am Stadtkrankenhause zu Riga, Herrn Dr. med. Keilmann Folge leistend habe ich im Laufe einiger Monate Recherchen über die Morbiditäts- und Mortalitätsverhältnisse der in der Poliklinik an der Hebammenschule zu Riga geborenen Kinder angestellt. Es galt vor allen Dingen den

Beweis zu erbringen dafür, dass die sowohl vom leitenden Personal, auch speziell von den Schülerinnen der Anstalt den betreffenden Müttern gegebenen Winke und Hinweise in Betreff der Ernährung und Pflege ihrer Kinder nicht auf unfruchtbaren Boden fallen und segenspendend wirken, insbesondere die Mortalität der Säuglinge günstig beeinflussen. Leider gestatteten es mir weder meine Zeit noch auch die besonderen Verhältnisse in unserer Stadt das ganze Material von den in der Poliklinik seit 1903, dem Jahre ihrer Begründung, geborenen Kindern zu sammeln. Ich habe persönlich im ganzen etwas über 400 Familien aufgesucht, um auch bei der Gelegenheit einen näheren Einblick in die hygienischen äusseren Lebensbedingungen, denen die Kinder unterworfen sind zu gewinnen. Da aber mehr als die Hälfte der Familien sich als verzogen erwies, so habe ich nur über 200 Kinder die betreffenden Angaben erhalten.

Mit Recht betont Praussnitz in seinen «Physiologischen und sozialhygienischen Studien über Säuglingsernährung und Säuglingssterblichkeit» die grosse Bedeutung der sozialen Stellung und Wohlhabenheit für die Sterblichkeit der Kinder unter einem Jahr, insbesondere für die an Darmerkrankungen. Er proponiert bei der Aufstellung einschlägiger statistischer Ueberblicke die Fälle nach der verschiedenen Wohlhabenheit gesondert zu rubrizieren. Ich kann mir diese Arbeit ersparen, da fast alle der die poliklinische Hilfe in Anspruch nehmenden der ärmsten Bevölkerungsklasse angehören mit einem Verdienst von durchschnittlich 80 Kop.—1 Rbl. täglich, das ist 20—25 Rbl. monatlich.

Berücksichtigt man, dass auf je zwei von den hier in Betracht kommenden Familien 5 lebende Kinder entfallen, so wird einem die elende soziale Lage dieser Bevölkerungsklasse klar. Entsprechend dem so kargen Verdienst waren auch die von mir gefundenen Wohnungsverhältnisse. Es handelte sich meistens um 1 Zimmer und eine kleine Küche die von den betreffenden Familien bewohnt waren, dazu noch in Häusern, die vielfach den Anforderungen der Hygiene direkt Hohn sprechen. Es ist eben leider bei uns noch recht schlecht um die behördliche Kontrolle der einzelnen Häuser auf ihre Bewohnbarkeit hin bestellt. Wegen Zeitmangels konnte ich leider die Maasse der einzelnen Wohnräume, ihre Lüftungsverhältnisse, Belichtung etc. nicht feststellen. Es ist dieses jedenfalls eine Aufgabe, die ihrer Lösung dringend bedarf, da sie über die Morbiditäts- und Mortalitätsverhältnisse der Stadt Riga in Beziehung zu den Wohnungs- und allgemeinen Lebensbedingungen der Bevölkerung interessante Aufschlüsse geben würde, insbesondere auch vielleicht über die Ursachen der so grossen Häufigkeit der Rhachitiserkrankungen, auf welche ich noch später zu sprechen kommen werde, aufklären könnte. Der allgemeine Eindruck, den ich bei Besichtigung der einzelnen Wohnungen gewonnen habe, ist ein recht deprimierender, abgesehen vom Schmutz, der sich ja vermeiden liesse, waren die Belichtungs- und Durchlüftbarkeitsverhältnisse der einzelnen Wohnungen die allertraurigsten, mehr als ein Fenster war nur in einigen Wohnräumen zu finden, so dass von einer genügenden Durchlüftung derselben wohl gänzlich abgesehen werden musste.

Weiterhin handelt es sich meistens teils um gänzlich baufällige, nicht in stand gehaltene Wohnhäuser die von dieser Klasse der Bevölkerung bewohnt werden. Nur in den seltensten Fällen wohnen die betreffenden Familien in neueren, den Anforderungen der Hygiene doch etwas mehr entsprechenden Bauten. Hervorzuheben ist noch ein Umstand, der für die Beurteilung der hygienischen Verhältnisse, denen die poliklinischen Kinder ausgesetzt sind, von grosser Wichtigkeit ist: Fast die Hälfte aller die Poliklinik in Anspruch nehmenden Frauen ist litthauisch oder russischer Herkunft: Es kann wohl nicht geleugnet werden, dass gerade unter der armen Bevölkerungsklasse dieser Nationalitäten bei uns noch grosse Unbildung herrscht, infolge dessen sie den vom poliklinischen Personal in betreff der Säuglingsernährung und Säuglingspflege gegebenen Belehrungen nur schwer zugänglich sind, dazwischen nicht von ihr perzipiert werden, oder ihnen irgend welche überlieferte abergläubische Anschauungen entgegengestellt werden. Wenn trotz aller dieser einer rationellen Säuglingspflege und Ernährung hinderud im Wege stehenden Momente die Ergebnisse meiner in Betreff der Mortalität der Kinder erhaltenen Angaben immerhin recht günstig genannt werden müssen, so halte ich mich für berechtigt dieses günstige Resultat zum grössten Teil den den betreffenden Müttern gegebenen Verhaltungsmassregeln zuzuschreiben.

Es ist ja selbstverständlich, dass in erster Linie es darauf ankam den Kindern, die ihnen allein zuträgliche Nahrung zukommen zu lassen, die Muttermilch. Trotz der ungünstigen sozialen Lage, trotz der in dieser Bevölkerungsklasse so häufigen schlechten Ernährung der Mütter gelang es in allen Fällen bis auf einige wenige, die noch weiter unten angeführt werden sollen, den Kindern die Brustnahrung zukommen zu lassen und für längere Zeit auch zu erhalten durch Einhaltung der regelmässigen Trinkpausen von 3–4 Stunden, wie auch Beobachtung der sonstigen hier in Betracht kommenden Massregeln.

Eine Contraindication zum Selbststillen lag nur in einem Falle vor, wo die Mutter wegen Schrunden dem Kinde die Brust nicht reichen konnte, 3 Mütter haben aus unbekannten Gründen nicht gestillt, während 4 Mütter nach einiger Zeit das Stillen aufgaben (1 hat nach $1^1/_2$ Monaten wegen Pneumonie, eine zweite nach $2^1/_2$ Wochen wegen Schrunden, die 3. und 4. haben unbekannt weshalb nach 7 Wochen das Stillen aufgeben müssen).

In allen anderen Fällen ist das Stillgeschäft mehrere Monate, z. T. weit über ein Jahr, hindurch fortgesetzt worden und zwar erhielten die Brust von den 54 am Leben verbliebenen und das erste halbe Lebensjahr noch nicht überschritten habenden Kindern die Brust die volle Zeit bis auf 3 alle, von den übrigen 20 Kindern haben nur 9 die Brust kürzere Zeit als 6 Monate erhalten, also fast alle diese Kinder, bis auf 12, haben reichlich Gelegenheit gehabt sich durch die Muttermilch gegen die verschiedenen Krankheiten, denen das zarte Säuglingsalter ausgesetzt ist und bei künstlicher Ernährung bedeutend häufiger unterliegt, gewissermassen zu immunisieren.

Ich möchte hier bei der Besprechung der Ernährungsfrage der von der Poliklinik versorgten Kinder noch einer Massnahme gedenken, die mit derselben in einigem Zusammenhang steht, da durch die Nicht-Einhaltung derselben in der allgemeinen Praxis oft Schaden angerichtet wird. Es ist das den poliklinischen Müttern untersagte Auswischen des Mundes ihrer Kinder, da es erstens unnütz und, zweitens was die Hauptsache ist, direkt schädlich ist, da häufig bei Auswischen des Mundes eine Verletzung der zarten Mundschleimhaut der Säuglinge zustande kommt und dadurch der Grund gelegt wird zu Munderkrankungen und sich daran anschliessenden Verdauungsstörungen, umsomehr da das Auswischen häufig mit nichts weniger als sauberen Tüchern vorgenommen wird.

Gehen wir jetzt zu der Frage der Mortalität der an der Poliklinik verstorbenen Kinder über. Ich will der Beantwortung dieser Frage einige statistische Angaben über die Sterblichkeit der Kinder unter einem Jahr in einigen Städten und Ländern vorausschicken.

Nach Kruse starben in Berlin in den Jahren 94–88:

Von den Kindern unter einem Jahr 22,1 pCt. davon 8,5 pCt. an Magendarmerkrankungen.

In Hamburg in d. J. 94—98 18 ptC. 4,2 pCt. an Magendarmerkrankungen.

In München in d. J. 94—98 28, 9—13,5 pCt.

In den deutschen Städten 94—98 21,9 7,7 pCt.

Nach Oesterlen beträgt die Sterblichkeit für Schweden 13,7 pCt.

Für ganz Europa 1860—80 (Bertillon) 19,45 pCt.

Für Russland 1886—1890 26,5 pCt.

Was Riga im Speziellen anbetrifft, so hat Keilmann nach den Angaben des statistischen Bureau für die Iahre 1901 und 1904 folgenden Prozentsaz festgestellt:

Für 1901 30 pCt.
» 1904 20 »

Ich habe im Ganzen den Tod von 26 Kindern, die in der Poliklinik geboren waren, feststellen können, von diesen waren nach Ablauf des ersten Lebensjahres 7 gestorben und kommen daher hier überhaupt nicht in Betracht, bei 3 Kindern konnte das Alter, in dem sie verstorben sind, nicht festgestellt werden.

Von den unter einem Jahr Verstorbenen war bei 1 Kinde Meningocele die Todesursache, 1 Kind starb infolge des Geburtstraumas (Forceps), während 2 Kinder (Zwillinge) Frühgeburten im 7. Monat waren und daher als nicht lebensfähige Kinder aus der Zahl der Verstorbenen ausgeschaltet werden müssen bei der Aufstellung des Mortalitätsprozentsatzes.

Wenn wir auch die in unbekanntem Alter verstorbenen 3 Kinder in unsere Statistik hineinbeziehen, so haben wir auf 102 Kinder 17 Todesfälle zu verzeichnen d. i. 16,6 pCt., ein Prozentsatz, der hinter dem von Keilmann für ganz Riga gefundenen von 30 pCt. für das Jahr 1901 bedeutend zurücksteht, auch nicht die Ziffer von 20 pCt. für das Jahr 1904 erreicht, obschon hier die Todesfälle in den wohlhabenderen Kreisen der Bevölkerung mit eingeschlossen sind und dadurch das Mortalitätsprozent günstig beeinflusst wird. Auf Magendarmkrankheiten entfallen 8 Todesfälle, also 7,8 pCt. der Lebendgeborenen, auf die Gesammtzahl der Todesfälle berechnet 47 pCt., während die übrigen sich auf Lungenerkrankungen und Infektionskrankheiten verteilen, bei 4 Kindern konnte die Todesursache nicht festgestellt werden.

Zu bemerken ist, dass von den 4 Kindern, die überhaupt nicht die Brust erhalten haben, 3 noch vor Ablauf des ersten

Lebensjahres starben und nur 1 das erste Lebensjahr erreichte. Es dürfte dieser Umstand genügend zeigen, wie traurig es mit den Resultaten der künstlichen Ernährung in unserer städtischen armen Bevölkerung bestellt ist.

Es zeigt dieser statistische Ueberblick, obschon er bei dem wenig umfangreichen zur Verfügung gestandenen Material, nicht den Anspruch auf volle Beweiskraft erheben kann, dass im Ganzen ein günstiger Einfluss der Poliklinik auf die Mortalitätsverhältnisse der Säuglinge zu bemerken ist. Wenn der Prozentsatz der an Magendarmerkrankungen Verstorbenen ein recht hoher ist, so liegt dieses eben daran, dass neben der Ernährung mit Mutterbrust es noch der Erfüllung anderer wichtiger günstiger Lebensbedingungen (Licht, Luft, Sauberkeit, etc.) für eine Herabminderung der Sterblichkeit an Magendarmerkrankungen bedarf, was eben nicht in der Macht der Poliklinik liegt.

Ich möchte hier noch kurz erwähnen, dass von den ausserhalb der Poliklinik geborenen Kindern unserer Mütter über 35 pCt. nicht mehr am Leben sind.

Einer genaueren ärztlichen Untersuchung wurden im Ganzen 149 Kinder unterzogen und standen von ihnen im Alter von 0—3 M. 6 Kinder, von 3–6 M. 34, von 6—9 M. 19, von 9 M.—1 J. 16, von 1 J.—1½ J. 24, von 1½—2 J. 33, 2 J. und darüber 17.

Bei der Untersuchung der Kinder berücksichtigte ich vor allen Dingen die an den Knochen wahrnehmbaren Zeichen der Rhachitis um einen Eindruck über die Häufigkeit derselben in unserer Stadt zu gewinnen. Es ist bisher meines Wissens nur eine einzige diesbezügliche Mitteilung bekannt und zwar von Mey. Derselbe hat auf der Impfstation zu Riga 1000 Kinder im 1. und 2. Lebensjahre stehend, einer Besichtigung unterzogen und unter ihnen 86,5 pCt. Erkrankungen an Rhachitis feststellen können.

Ich habe bei 149 untersuchten Kindern 71 Mal Symptome der bestehende Rhachitis gefunden d. ist 47,65 pCt. Berücksichtigt man aber nur die Kinder von 9 Mon. und älter, da ja meistens die Zeichen der Rhachitis in diesem erst sich einzustellen pflegen, so steigt der Prozentsatz auf 63,5 pCt.

Auf die einzelnen Altersstufen verteilen sich die Erkrankungen an Rhachitis folgendermassen:

Von 6 Kindern im Alter von 0—3 M. 1 Erkrankung d. i. 16,6 pCt.

Von 34 Kindern im Alter von 3—6 M. 6 Erkrankungen d. i. 17,6 pCt.

Von 19 Kindern im Alter von 6—9 M. 8 Erkrankungen d. i. 42,1 pCt.

Von 16 Kindern im Alter von 9 M.—1 J. 13 Erkrankungen d. i. 81,2 pCt.

Von 24 Kindern im Alter von 1—1½ J. 15 Erkrankungen d. i. 62,5 pCt.

Von 33 Kindern im Alter von 1½—2 J. 19 Erkrankungen d. i. 57,5 pCt.

Von 17 Kindern im Alter von 2 J. und darüber 9 Erkrankungen d. i. 52,9 pCt.

Man ersieht aus dieser Zusammenstellung deutlich den Anstieg der Zahl der Erkrankungen bis zum 9. Monat, das Maximum zwischen dem 9—12 Monat und von da ab ein Absinken der Fällenanzahl.

Da in dem Referat über den Vortrag von Mey keine genaueren Angaben darüber enthalten sind, wie die von ihm gefundenen Erkrankungen an Rhachitis sich auf die einzelnen Lebensmonate verteilen, so können die von mir gewonnenen Resultate nicht direkt mit den seinigen verglichen werden. In der Annahme dass, da gewöhnlich die Kinder nach Ablauf des ersten halben Lebensjahres geimpft werden, die Mehrzahl der von Mey untersuchten Kinder zwischen dem 1. und 2. Lebenshalbjahre sich befanden, so dürften für den eventuellen Vergleich die höchsten von mir gefundenen Prozentsätze herangezogen werden, welche aber auch nicht die von Mey gefundenen 86,5 pCt. erreichen; es ist aber vielleicht mein Material in Vergleich zu dem von Mey ein zu kleines, um überhaupt verglichen zu werden. Ob die «poliklinische Erziehung» der Mütter auf die Erkrankungen der Kinder an Rhachitis von günstigem Einfluss gewesen ist, wage ich nicht zu behaupten, da es dazu einer umfangreicheren Statistik bedarf. Im allgemeinen ist aber die von mir gefundene Zahl der an Rachitis erkrankten Kinder eine hohe, trotz der Muttermilchernährung; es sind eben noch andere wichtige Faktoren die hier eine Rolle spielen. Gegenüber der Rhachitis träten die anderen von mir gefundenen Erkrankungen in den Hintergrund, nur eine relativ häufige Erkrankung des Lymphdrüsensystems war zu konstatieren.

Wenn dieser kurze Bericht über die Morbiditäts- und Mortalitätsverhältnisse der in der Poliklinik geborenen Kinder auch in mancher Hinsicht unvollkommen ist, so enthält er doch vielleicht verschiedene Hinweise für einen in der Zukunft regelmässig zu führenden statistischen Ueberblick über die Resultate, die in der Poliklinik erreicht werden, zur Bekämpfung der Säuglingerkrankungen, insbesondere aber der Säuglingssterblichkeit.

Zum Schluss spreche ich Herrn Dr. Keilmann für die Anregung zu dieser Arbeit, wie auch für die Ueberlassung des Materials meinen verbindlichsten Dank aus.

Diskussion:

Dr. Keilmann: Obgleich die Beobachtungszeit, über die wir verfügen, noch kurz ist, erhellt aus den Erhebungen des Kollegen Schulz doch, wie viel man durch Belehrung und rationelle Anleitung erreichen kann; die kurze Beeinflussung der poliklinischen Wöchnerinnen durch die Pflegerin und den Arzt erhält so manchem Kinde die natürliche Nahrung einerseits, indem das Kind überhaupt an die Brust gelegt wird, andrerseits indem durch richtige Technik der Ernährung dem Versiegen der Milch vorgebeugt wird. Einen anderen Weg aber als dem Kinde die Brusternährung zu bieten, giebt es nicht Säuglingssterblichkeit erfolgreich zu bekämpfen. Wie die Poliklinik im kleinen Kreise wirkt, könnten die Aerzte, wenn sie die Schäden der unnatürlichen Säuglingsernährung einhellig und mit Nachdruck betonten, Grosses erreichen.

7. Dr. Keilmann demonstriert ein «Corpus luteum».

Erläuterung.

Dr. Keilmann demonstriert ein grosses Corpus luteum das er bei Gelegenheit einer Ovariotomie an einer im Anfang der Gravidität befindlichen Frau gewonnen hat. Nachdem der kindskopfgrosse Tumor des rechten Ovariums entfernt war, ergab die Besichtigung des zweiten Ovariums dass dieses, circa vierfach vergrössert, Sanduhrform hatte; die äussere Hälfte wurde, da sie eine fast taubeneigrosse Cyste zu enthalten schien, abgetrennt, Es erwies sich, dass die abgetrennte Hälfte des Ovariums ein schön ausgebildetes Corpus luteum enthielt. Die Frau war gravid und befand sich circa 6 Wochen nach der letzten Menstruation. Dr. K. referiert im Anschluss an diese Demonstration über die Theorie L. Fränkels bezüglich der Beziehungen des Corpus luteum zur Entwicklung und dem Bestande der Gravidität und konstatiert mit Hinweis auf den Fall von Essen-Möller (Zentralblatt f. Gyn. 1904), dass auch in seinem Fall die Gravidität weiter bestehn blieb. — Nachtrag: Die betreffende Frau hat am 6. März 1907 ein ausgetragenes, kräftiges Kind geboren, nachdem die Operation am 14. Juli 1906 vorgenommen war. Die letzte Periode war im Anfang Juni gewesen.

8. Der Präses erklärt die Diskussion für beendet und dankt allen Mitgliedern und insbesondere den Vortragenden für ihre Teilnahme am Aerztetag.

9. Dr. v. Lutzau erklärt als Kreisarzt den diesjährigen Aerztetag im Namen der Medizinalverwaltung für geschlossen.

Protokolle des Vereins St. Petersburger Aerzte.

Sitzung vom 9. Januar 1907.

Jahressitzung am 9. Januar 1907.

Blessig hält den Präsidialvortrag: Ueber Glaukom in seinen Beziehungen zu Allgemeinleiden (zur Aetiologie und Allgemeinbehandlung des sogen. entzündlichen Gl.).

Nach einigen einleitenden Bemerkungen über das klinische Bild und die patholog. Anatomie des Gl. inflammatorium seu haemostaticum (Lange), bespricht Vortr. die Beziehungen dieses zu Gefässerkrankungen (Sklerose), Stauungszuständen, vasomotorischen (reflektorischen und psychischen) Einflüssen, ferner auch zu Gicht und Syphilis, und betont die Wichtigkeit einer entsprechenden Allgemeinbehandlung neben der üblichen operativen oder medikamentösen Lokaltherapie des Glaukoms.

(Der Vortrag ist zum Druck bestimmt).

Sitzung vom 23. Januar 1907.

Vorsitz.: Blessig. Sekretär: Moritz.

1. Ungern-Sternberg und Ucke berichten über einen Fall aus der Praxis, bei dem es zu einem Abszess in der Herzspitze, vermutlich im Anschluss an Appendizitis, gekommen war.

Diskussion:

Fick ist der Ansicht, dass die Sepsis vermutlich auf den Apendix zurückgeführt werden muss, trotzdem es nicht zu

Leberabszessen, wie dieses sonst bei diesem Infektionsmodus häufig gekommen war. Die Annahme, dass die Infektion direkt von dem Darm ausgegangen ist, ist nicht ganz von der Hand zu weisen, da ja auch ohne Apendizitis sich beispielsweise eine Peritonitis entwickeln kann ohne dass die Darmwand direkt perforiert zu sein braucht.

2. Fick: Ueber die experimentellen Grundlagen und Theorieen der Heilwirkung der Gastroenterostomie beim Ulcus ventriculi.

Nach vielfachen Erfahrungen, die in den letzten Jahren gemacht worden sind unterliegt es keinem Zweifel, dass das ulcus ventriculi, welches internen therapeutischen Massnahmen getrotzt hat, durch die Gastroenterostomie nicht nur symptomlos gemacht, sondern auch tatsächlich zur Heilung gebracht wird. Diese Wirkung der Operation hat etwas Auffallendes durch den Umstand, dass das ulcus als solches gar nicht in Angriff genommen wird. Es sind bisher vergebliche Versuche gemacht worden eine einwandsfreie Erklärung für die Wirkung der Operation zu finden. Unter den aufgestellten Theorien haben die folgenden drei die meisten Verfechter gefunden. Nach der ersten liegt die günstige Wirkung der Gastroenterostomie in der raschen Entleerung des Magens begründet; die zweite sieht das Hauptmoment in dem Fortfall des Reizes der Ingesta in der pars pylorica des Magens und die dritte endlich betrachtet die Herabsetzung der Acidität des Magensaftes als das Wesentliche. Keiner dieser Theorien ist es indessen gelungen sich allgemeine Anerkennung zu verschaffen. Es ist verständlich, dass Versuche gemacht wurden der Frage experimentell näher zu treten. Alle diese Versuche scheiterten bisher daran, dass es nicht gelang bei Tieren Geschwürsprozesse im Magen hervorzurufen, die dem ulcus pepticum des Menschen analog wären. Erst auf dem letzten Chirurgenkongress in Berlin konnte Fibich (Wien) über gelungene Versuche berichten. Durch eine bestimmte Anordnung des Experimentes konnte er an Hunden typische ulcera des Magens hervorrufen, die sehr geringe Heilungstendenz zeigten, durch eine später ausgeführte Gastroenterostomie aber rasch zur Heilung kamen. Trotz der gelungenen Versuche konnte aber auch Fibich keine einwandfreie Erklärung für die günstige Wirkung der Gastroenterostomie finden, so dass also auch das Experiment die Frage offen lässt.

Es ist wahrscheinlich, dass durch die Gastroenterostomie die Verdauungsvorgänge im Magen nach verschiedenen Richtungen beeinflusst werden, es ist aber wohl als sicher anzunehmen, dass die Herabsetzung der Acidität des Magensaftes mit die Hauptwirkung der Operation ist.

(Autoreferat).

3. Sender spricht über eine wenig beachtete Methode der Einrichtung der Luxatio iliaca.

Stimson's praktisches Verfahren der Reposition einer Hüftluxation nach oben und hinten.

(Aus der chirurgischen Fakultätsklinik des Petersburger medizinischen Fraueninstituts).

Bekanntlich ist eine Hüftluxation schwer zu reponieren: nicht nur Narkose und mehrere Gehülfen sind dabei nötig, es gehört noch eine grosse Verwendung physischer Kraft dazu, die nicht einem jeden gegeben ist. — Da sollte man nun glauben, dass ein Vorschlag, der die Technik der Einrenkung der Luxation vereinfacht, von den Chirurgen gern entgegengenommen und verbreitet werden würde. In der Tat ist es aber anders. Die neuesten Handbücher der Chirurgie erwähnen nichts von Stimson's praktischem Verfahren, das er noch im Jahre 1890 im New-York Med. Journ. Band I. (Refer. Zentralblatt für Chirurgie 1890, Nr. 16) veröffentlicht hat. Das Verfahren ist einfach: bedarf weder der Narkose, noch sachkundiger Gehülfen. Die Vorzüge dieser Methode sind so eclatant, dass ich direkt zur Beschreibung übergehe.

Der Kranke wird auf den Bauch auf das mittlere Tabouret eines gewöhnlichen Operationstisches derart gelegt, dass seine Beine herunterhängen. Als Unterlage wird auf den Rand des Tisches ein mehrfach zusammengelegtes Bettlaken gelegt. Um nicht zu fallen umfasst dabei der Kranke instinktiv den Tisch. Damit dem Becken eine symmetrische Stellung gegeben werden kann, ist es ratsam beide Beine im Kniegelenk rechtwinklig zu flektieren. In solcher Stellung wird das gesunde Bein dem Krankenwärter übergeben, der Chirurg dagegen hält mit der einen Hand das luxierte Bein in der Gegend des Talo-cruralgelenkes und legt gleichzeitig die freie Hand auf den Unterschenkel bei der Kniekehle. Die Aufmerksamkeit des Kranken wird durch Gespräch abgelenkt. Nach ein, zwei Minuten überzeugt man sich durch Pendelbewegungen mit dem kranken, flektierten Bein, dass die Muskeln erschlafft sind. Nun drückt man mit der beim Knie aufgelegten Hand nach unten (ruckweise soll die Bewegung nicht ausgeführt werden). — Dieser Druck ist leicht auszuführen, da er vom eigenen Körpergewicht unterstützt wird und kann demgemäss mit verschiedener Kraft in kleinen Intervallen wiederholt werden. Dieses Verfahren ist von Professor Treuberg vor circa zwei Jahren mit Leichtigkeit und Erfolg bei einer zwei, dreitägigen luxatio iliaca angewandt worden.

(Autoreferat).

4. Blessig: Einige Bemerkungen über die Lokaltherapie des Glaukoms und über den Heilwert der Iridektomie. (Nachtrag zu dem in der vorigen Sitzung gehaltenen Präsidialvortrag über Aetiologie und Allgemeinbehandlung des sogen. entzündlichen Glaukom's).

Nachdem Vortr. auf den Unterschied hingewiesen, der zwischen dem sogen. Glaukoma simplex und dem Gl. inflammatorium inbezug auf Verlauf und Prognose besteht, wendet er sich der lokalen (medikamentösen resp. operativen) Therapie des letzteren zu, der auch bei Anerkennung der Wichtigkeit einer entsprechenden Allgemeinbehandlung doch wohl immer die Hauptrolle gebühren wird. Die Miotica (Eserin und Pilocarpin) sind für die Behandlung glaukomatöser Zustände gewiss von hohem Wert, schon da durch, dass sie es dem Operateur ermöglichen den geeigneten Moment für die Operation zu wählen und im Intervall unter günstigeren Bedingungen zu operieren. In Fällen, wo aus besonderen Gründen (s. u.) die Operation kontraindiziert ist, sind wir auf sie allein angewiesen. Ob sie aber wirklich im Stande sind die Wirkung der Operation auf die Dauer zu ersetzen — ist fraglich. Oft genug versagen die Miotica nach längerem erfolgreichem Gebrauch. Als Glaukomoperation kommt bis heute in erster Linie und fast ausschliesslich die Iridektomie in Betracht, deren druckherabsetzende Wirkung gerade vor einem halben Jahrhundert (1856—57) von Albrecht v. Graefe entdeckt und für die Behandlung des bis dahin unheilbaren Glaukoms verwertet wurde. (Die Miotica fanden damals noch keine Anwendung!). Der Nutzen der Iridektomie ist in neuerer Zeit auf Grund einiger Statistiken ihrer Dauererfolge von manchen Seiten in Zweifel gezogen worden. Vortr. glaubt in dem heutigen Pessimismus einiger Fachgenossen gegenüber der Glaukomiridektomie nur eine Reaktion sehen zu müssen gegen die in früherer Zeit geübte bedingungs- und unterschiedlose Anwendung dieser Operation bei allen Formen und in jedem Stadium des Glaukoms. Solange aber die Tatsachen zu Recht bestehen, dass: 1) der auf Netzhaut und Sehnerv lastende gesteigerte intraoculare Druck es ist, der im glaukomatösen Auge das Sehvermögen bedroht und vernichtet, und 2) dieser Druck durch eine Iridektomie dauernd herabgesetzt werden kann — solange wird diese als Glaukomoperation anerkannt werden müssen. Aber, wie überall so auch hier, wird es darauf ankommen zu individualisieren, die Fälle je nach Form und Stadium des Glaukoms, sowie den Zeitpunkt zur Operation richtig auszuwählen, nicht wahllos jedes Glaukom ohne Weiteres zu operieren. Die vorerwähnten recht umfangreichen Statistiken über die Dauererfolge der Iridektomie (Haab und seine Schüler in Zürich, Wygodsky in St. Petersb. Material des klin. Institut's, der St. Pet. Augenheilanstalt und der Privatpraxis Prof. Dohnberg's u. A.) lehren allerdings übereinstimmend, dass das sogen. Glauk. simplex der operativen Behandlung am wenigsten zugänglich ist und die schlechtesten Dauerresultate liefert (vielleicht auch daher, weil es sich schmerzlos und schleichend, oft auch dem intelligenten Patienten unbemerkt entwickelt und daher meist erst in vorgeschrittenem Stadium zur Operation kommt). Solche Glaukome mögen, besonders bei zweifelhafter Drucksteigerung, mit Recht unoperiert bleiben. Dagegen feiert die Iridektomie ihre schönsten Triumphe in den frühen und frühesten Stadien des akuten, subakuten und chronischen «entzündlichen» Glaukoms. Seine Anschauung über den Heilwert der Iridektomie spec. beim Gl. inflammator. hat Vortr. bereits anlässlich einer Diskussion in der St. Petersb. Ophthalmol. Gesellschaft (Sitzung v. 10. März 1905, s. Westnik Oftalmol. 1906 Nr. 1) in folgenden Sätzen dargelegt:

1) Beim entzündlichen Glaukom wird durch die Iridektomie in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle eine Herabsetzung des intraocularen Druckes bis zur Norm erreicht. Dabei schwinden in der Regel mit dem Moment der Operation die glaukomatösen Erscheinungen: die Hornhaut hellt sich auf, die Vorderkammer wird tiefer, die Injektion nimmt ab, das Auge ist schmerzlos, das Sehvermögen erholt sich. Kurz, die wohltätige Wirkung der Operation ist evident. Diese Wirkung ist meist auch von Dauer.

2) Wird ein solcher Effekt in einem frühen Stadium des Glaukoms, an einem Auge erzielt, dessen Sehapparat noch nicht unter dem gesteigerten Augendruck gelitten hat, d. h. bevor der Sehnerv excaviert, das Gesichtsfeld erheblich eingeengt ist — so darf ein so operiertes Auge für die Zukunft als gesichert angesehen werden.

3) Allerdings kommt es vor, dass ein Glaukomauge auch nach einer regelrecht (d. h. peripher und breit) angelegten Iridektomie dennoch hart bleibt, die Vorderkammer sich nicht

herstellt, Injektion und Schmerzen andauern und das Sehvermögen weiter verfällt. Gewiss, aber solche ungünstige Fälle bilden nicht die Regel, sondern die Ausnahme!

4) Hat aber der glaukom. Prozess einmal zu randständiger Druckexkavation und atrophischer Blässe der Sehnervenpapille geführt, ist es schon zu dauernder Schädigung des Sehvermögens, zu hochgradiger Einengung des G. F.'s gekommen — so ist es verständlich, wenn in solchem Falle trotz der durch die Iridektomie erzielten normalen Druckverhältnisse, d. h. auch nach Beseitigung der schädigenden Drucksteigerung, der durch diese einmal eingeleitete atrophische Prozess weiter fortschreitet und zur Erblindung führt.

5) Doch selbst in diesen traurigen Fällen kann die Iridektomie indiziert sein, weil sie die unvermeidliche Erblindung doch aufzuhalten und ferner auch das erblindete Auge vor den weiteren Folgen der glaukom. Degeneration, besonders vor schweren Glaukomschmerzen zu bewahren vermag.

6) Die druckvermindernde Wirkung der Iridektomie, von ihrem Entdecker empirisch gefunden, ist danach durch tausendfältige Erfahrung an operierten Glaukomaugen allgemein bestätigt. Ihr praktischer Wert kann nicht dadurch geschmälert werden, dass es an einer sichern wissenschaftlichen Erklärung für diese Wirkung einstweilen noch fehlt.

7) Aus p. 2 und 4 folgt, dass die Iridektomie bei den entzündlichen Glaukomen im Allgemeinen durchaus indiziert ist, dass diese Glaukomformen zu operieren sind, und zwar je früher — desto besser, womöglich schon im prodromalen Stadium!

8) Im Interesse der Technik und des Erfolges der Operation ist es sehr wünschenswert den Augendruck schon vorher möglichst herabzusetzen durch den Gebrauch von Mioticis, eventuell auch, wo diese versagen, durch eine der Iridektomie vorausgeschickte Sklerotomie. Letztere ist auch als Nachoperation in den sub p. 3 erwähnten Fällen indiziert.

9) Als Kontraindikationen gegen die Iridektomie beim Gl. inflammator. können gelten: hochgradige Einengung des G. F. bis nahe an den Fixirpunkt, ferner, im Falle einer Erkrankung des zweiten Auges, ein etwa schon früher, am ersterkrankten Auge erlebter Misserfolg der Operation. Endlich auch Neigung zu Blutungen (Gl. haemorrh.). Dagegen darf der nach einer jeden Iridektomie zu erwartende, übrigens nur geringe und durch entsprechende Gläser leicht zu korrigierende Hornhautastigmatismus nun und nimmer als Kontraindikation angeführt werden, wo es sich darum handelt, ein Auge vor der Erblindung an Glaukom zu bewahren.

10) Neben der lokalen (medikamentösen und operativen) Therapie des Glaukoms ist einer entsprechenden Allgemeinbehandlung des chron. Leidens mehr Beachtung zu schenken. Denn ein Glaukompatient ist auch im Uebrigen nicht als gesund anzusehen. (Gefässerkrankungen, Herzleiden, Gicht, Syphilis etc.!) (cfr. Vortrag in der vorigen Sitzung).

Vortr. glaubt in obigen Sätzen den Standpunkt vieler Fachgenossen in dieser heutzutage besonders hier zu Lande viel diskutierten für unsre unglücklichen Glaukomkranken so wichtigen Frage zu vertreten.

(Autoreferat).

Protokolle
des deutschen ärztl. Vereins zu St. Petersburg.

1355. Sitzung am 9. April 1907.

I. Petersen hält seinen angekündigten Vortrag über die Pigmentbildung der Haut. (Wird im Druck erscheinen).

Diskussion.

Masing: Wodurch erklärt es sich, dass bei Negern die nicht von der Sonne beschienenen Teile (Fusssohle, Hohlhand, inneres Blatt des Praeputium) pigmentlos bleiben.

Petersen: An diesen Teilen spielt der Chemismus der Haut eine Rolle.

II. Blessig hält seinen angekündigten Vortrag: Ueber Sideroskopie und Magnetoperationen.

Erläuterung der Apparate: Sideroskope von Assmus und Hirschberg, Elektromagnete von Haab (Riesenmagnet) und Hirschberg (Hand- oder Sondenmagnet, grösseres Modell). Demonstration der Wirkungsweise genannter Apparate an Schweinsaugen mit darin eingeführten Stahlsplittern.

In der St. Petersb. Augenheilanstalt sind im Gebrauch: seit 1897 Assmus Sideroskop und Haab's Riesenmagnet, damals von Schroeder dem Verein demonstriert (bis dahin nur der kleine Hirschberg'sche Handmagnet), seit 1901 das grössere Modell des letzteren, seit 1903 Hirschberg's Sideroskop. Auf Grund der zehnjährigen mit diesen Apparaten gemachten Erfahrungen erörtert Vortr. die Diagnostik der intraocularen Eisen- und Stahlsplitter, die Wichtigkeit systematischer Sideroskopie, die eine ungefähre Beurteilung der Lage und Grösse des Splitters und damit allein ein zielbewusstes Vorgehen bei der Extraktion ermöglicht, sowie den gelegentlichen diagnostischen Wert der mit dem Magneten hervorzurufenden Schmerzreaktion. Hierauf werden die verschiedenen Möglichkeiten und Wege der Magnetextraktion erörtert (durch die Wunde, durch einen Meridionalschnitt, durch Schnitt im Limbus corneae nach Hervorziehung des Splitters aus der Tiefe in die Vorderkammer). Hieraus ergeben sich zugleich die Indikationen für die Anwendung des Hand- oder des Riesenmagneten oder auch beider zusammen. Einseitige Bevorzugung des einen oder des anderen ist nicht richtig, beide Magnettypen haben ihre Vorzüge und Nachteile, beide ihre besonderen Indikationen je nach Lage und Grösse des Splitters, oft haben beide zusammenzuwirken. Die Aufgabe besteht immer darin, den Splitter auf möglichst sichere, einfache und schonende Weise zu extrahieren. Hier wie überall liegt die Kunst im Individualisieren, in der geschickten Auswahl des geeigneten Verfahrens. Eine solche ist allerdings nur möglich bei sicherer und genauer Diagnose. Daher ist es so wichtig der Magnetoperation grundsätzlich die sideroskopische Untersuchung vorausgehen zu lassen.

Zum Schluss giebt Vortr. einige statistische Daten. Das reiche Material in der St. Petersburger Augenheilanstalt der stationär behandelten Verletzungen, unter denen solche durch Eisen- und Stahlsplitter die Hauptrolle spielen ist zu verschiedenen Zeiten statistisch bearbeitet worden: die Jahre 1886—1891 vom Vortr. (Mitteilungen aus der St. Petersburger Augenheilanstalt Heft IV 1893), 1897—1901 von Karnizky (Dissertation 1902), und 1902—1906 gegenwärtig von Kanzel (Dissertation noch nicht abgeschlossen). Hier sollen nur einige wenige Zahlen wiedergegeben werden. Von Interesse ist ein Vergleich der beiden letzten Lustren, des ersten seit Einführung des Sideroskops und des Riesenmagneten mit dem zweiten, in dem an Stelle des kleinen Handmagneten der grössere mit dem Riesenmagneten konkurriert. Die Gesammtzahl der Magnetoperationen in diesen beiden Lustren betrug 114 resp. 138. Zur Anwendung kam der Handmagnet allein 41 resp. 62 mal, der Riesenmagnet allein 43 resp. 26 mal, beide Magneten gleichzeitig 18 resp. 38 mal. Die Extraktion des Splitters gelang in 102 resp. 126 Fällen. Ein brauchbares Sehvermögen (V = 0,1—1,0) behielten 27 resp. 45 Augen. (= 23,6 pCt. resp. 32,6 pCt.). Die Resultate der Magnetoperationen können inbezug auf Erhaltung des Sehvermögens immer nur bescheidene sein, angesichts der Schwere der Verletzung und des weiteren durch die Operation gesetzten Traumas. Es wäre aber falsch danach den Wert der Magnetextraktionen überhaupt bemessen zu wollen. Denn wenn auch nur wenig Augen wirklich sehtüchtig bleiben, so werden doch sehr viel mehr wenn auch mit geringem Sehvermögen oder auch blind erhalten, die sonst wohl alle entweder an akuter Panophthalmie oder an chronischer Uveitis (Iridocyclitis) unrettbar zu Grunde gehen, der Evisceration oder Enucleation anheimfallen würden. Von den magnetoperierten Augen sind so verloren gegangen: im ersten Lustrum 38, im zweiten 35 (= 33 pCt. resp. 25 pCt.). In jedem Falle verringert die erfolgreiche Extraktion des Fremdkörpers sehr erheblich die schwere Gefahr einer sympathischen Entzündung des anderen Auges. Zieht man das alles in Betracht, so lernt man den Wert unseres heutigen Rüstzeugs zum Nachweis von Eisen- und Stahlsplittern im Auge und zu ihrer Entfernung aus dem Augeninnern hoch schätzen. Die Prognose der Magnetoperation ist aber auch abhängig von der Zeitdauer des Verweilens des Splitters im Auge. Daraus ergiebt sich die Forderung möglichst raschen Eingreifens. Die Operation ist wenn irgend möglich, ohne Verzug auszuführen. Periculum in mora! — Im Anschluss an seinen Vortrag demonstriert Bl. die ansehnliche Fremdkörpersammlung der Augenheilanstalt.

(Autoreferat).

Diskussion.

Germann: Ich habe im Laufe der Jahre alle Etappen der Entwickelung der Technik der Fremdkörperextraktionen erlebt. Bevor die von Blessig demonstrierten Apparate aufkamen, verhielt sich der Augenarzt derart, dass, wenn das verletzte Auge den Fremdkörper sehen liess, ein Extraktionsversuch gemacht wurde durch die vorhandene oder die ad hoc gesetzte Wunde. Meist war jedoch infolge der Blutung nichts zu sehen, und wartete man dann solange bis nach erfolgter Resorption des Blutes der Fremdkörper eventuell sichtbar wurde. Gelang alsdann die Extraktion, so durfte dies den

Operateur mit berechtigtem Stolze erfüllen. Einen wirklichen Fortschritt bedeutete der Hirschberg'sche Handmagnet, der mit Benutzung der Eingangswunde den Sondierungsversuch gestattete. War dieser ohne Resultat, so gab man weitere Eingriffe auf und das Auge ging oftmals zu Grunde. Erst das Sideroskop und die starken Magnete haben den Augenarzt in Stand gesetzt zielbewusst und segensreich einzugreifen zu können. Diese Entwicklungsgeschichte ist ein Beweis dafür, in welcher Weise die Medizin aus den Fortschritten der Technik Vorteile gezogen hat.

Blessig: Das Röntgenverfahren wird für Fremdkörperdiagnose am Auge selten gebraucht, ist wichtig bei Splittern, welche nicht aus Eisen oder Stahl bestehen. Ein Vergleich zwischen der Röntgeno- und Sideroskopie ergiebt, dass letztere leistungsfähiger ist. Das Röntgenbild ist nicht klar, giebt über die Lage des Fremdkörpers sehr unsichere Aufschlüsse.

Germann: Die Röntgenoskopie hat für den Augenarzt geringe Bedeutung. Ist die Magnetoperation misslungen, so sitzt der Fremdkörper gewöhnlich ausserhalb des Bulbus nach Durchschlagen der hinteren Wand, meist im retrobulbären Zellgewebe oder gar im Knochen der Orbitalwand. Aus den letzten 5 Jahren sind ihm 12 derartige Fälle erinnerlich.

Blessig: Es fragt sich, ob die Chirurgen auch in anderen Körperteilen die Sideroskopie brauchen können falls die Röntgenoskopie im Stiche lässt.

Germann: Auf Bitte von Chirurgen sind in der Augenheilanstalt einige derartige Untersuchungen gemacht worden, speziell um Nadeln in Sehnenscheiden aufzusuchen.

Zeidler: Nadeln und sonstige kleine Körper sind im Röntgenbilde immer zu sehen, aber beim Operieren nicht festzukriegen. In solchen Fällen würde es sich empfehlen, durch einen Hautschnitt mit den Magneten vorzugehen.

Blessig: Spitze Nadeln dürften sich durch die heile Haut mit dem Riesen-Magneten extrahieren lassen.

Germann: Durch einen Hautschnitt wird der Magnet im Gewebe den Fremdkörper sicher ziehen.

Blessig: Auch die Schmerzreaktion ist zu verwerten, indem der Patient selbst den Fremdkörper lokalisieren kann.

Petersen: Wie vertragen die Augen das Röntgenlicht?

Blessig: Es sollen danach Linsentrübungen und Retinaveränderungen eintreten. Daher ist Vorsicht geboten.

Direktor: Dr. W. Kernig.
Sekretär: E. Michelson.

Tagesnachrichten.

Personalia.

— Bei der Monarchenzusammenkunft in Swinemünde hat Kaiser Nikolaus dem Leibarzt des deutschen Kaisers, General-Oberarzt Dr. Ilberg, den St. Stanislaus-Orden II. Klasse mit dem Stern und Kaiser Wilhelm dem Oberarzt der Russisch-Kaiserlichen Yacht «Standart», Dr. Bogdanow, den preussischen Kronenorden II. Klasse verliehen.

— Dem emeritierten Professor der Augenheilkunde an der Charkower Universität, wirkl. Staatsrat Dr. Leonhard Hirschmann ist der St. Annenorden I. Klasse verliehen worden.

— Professor Dr. Ernst v. Leyden hat am 18./31. Juli seine Abschiedsvorlesung an der Berliner Universität gehalten.

— Der bekannte Münchener Gynäkologe Prof. Dr. Franz v. Winckel beging vor Kurzem seinen 70. Geburtstag. Wie wir bereits mitgeteilt haben, tritt Prof. v. Winckel mit dem Schluss des Sommersemesters in den Ruhestand.

— Der deutsche Verein in Wilna, dessen Statuten soeben bestätigt sind, hat den Wilnaschen Stadtarzt Dr. Adolf Emil Bürger zu seinem Präsidenten gewählt. — Dr. Bürger, aus Kurland gebürtig, ist ein ehemaliger Jünger der Dorpater Universität, welche er i. J. 1888 absolvierte, worauf er Landarzt in Kurland war, bis er vor ca. 10 Jahren ins Wilnasche Gouvernement übersiedelte.

— Der Präsident des deutschen Reichsgesundheitsamtes, Geh. Oberregierungsrat Bumm, ist von der medizinischen Fakultät der Universität Würzburg zum Doktor medicinae honoris causa ernannt worden.

— Zum Nachfolger des nach Marburg übersiedelnden Professors der Chirurgie Dr. Paul Friedrich an der Universität Greifswald ist der Prof. extraord. Dr. Erwin Payr aus Graz berufen worden. — Prof. Payr ist erst 36 Jahre alt und ein Schüler Prof. Nicoladonis.

— An Stelle des in den Ruhestand tretenden Professor Dr. Martin ist der Privatdozent Prof. Dr. Walter-Stöckel, leitender Arzt der Universitäts-Frauenpoliklinik der Berliner Charité, zum ordentlichen Professor der Geburtshülfe und Gynäkologie und Direktor der Frauenklinik in Greifswald ernannt worden.

Nekrologe.

— Verstorben sind: 1) Im Juli im Badeorte Sillamäggi am estländischen Strande der ausseretatmässige Ordinator am hiesigen Obuchowhospital Dr. Friedrich Wulff nach längerer Krankheit im 45. Lebensjahre. Geboren zu St. Petersburg als Sohn des Gehülfen des Oberarztes gleichen Namens am Obuchowhospital, erhielt er seine Gymnasialbildung in Reval und bezog dann die Dorpater Universität, an welcher er von 1881—88 Medizin studierte und der Korporation «Estonia» angehörte. Nach Absolvierung des Doktorexamens liess er sich in St. Petersburg als Arzt nieder und fungierte zugleich als ausseretatmässiger Ordinator im Obuchowhospital, bis ein Gehirnleiden vor ca. 3 Jahren seiner ärztlichen Tätigkeit vorzeitig ein Ziel setzte. 2) In Odessa am 13. Juli der ausseretatmässige Ordinator am jüdischen Krankenhause Dr. Wilhelm Rosen im Alter von 43 Jahren. Der Verstorbene, welcher sich speziell mit den Krankheiten des Verdauungstraktus beschäftigte, hatte die Venia practicandi i. J. 1889 erlangt. 3) In Odessa der Geschäftsführer der dortigen Medizinalverwaltung Dr. Alexander Schischkowski im 48. Lebensjahre an Apoplexie. Der Hingeschiedene, welcher seit 1885 die Praxis ausübte, fungierte auch als Arzt bei der Stourdzaschen Gemeinschaft barmherziger Schwestern in Odessa. 4) In Berlin Professor Dr. Albrecht, der bis vor Kurzem Leiter der technischen Abteilung des zahnärztlichen Universitätsinstituts war, im Alter von 39 Jahren. 5) In London Sir William Broadbent, Leibarzt des Königs, im Alter von 73 Jahren.

Von Universitäten und med. Instituten.

— Um die in Saratow zu eröffnende neue Universität bezüglich des Lehrpersonals und der Geldmittel sicherzustellen, plant das Ministerium der Volksaufklärung vorläufig sich der durch die Schliessung der Warschauer Universität freigewordenen Lehrkräfte für die Universität Saratow zu bedienen. Es soll jedoch das Warschauer Professorenkollegium, im Fall die Universität Warschau wieder eröffnet wird, sofort wieder an den Ort ihrer ursprünglichen Lehrtätigkeit zurückbeordert werden.

— Am 14./27. Juli wurden in Düsseldorf die mit einem Kostenaufwand von $6^1/_2$ Millionen Mark errichteten neuen städtischen Krankenanstalten und die daran angegliederte Akademie für praktische Medizin durch einen Festakt eröffnet. Die Direktion der neuen Akademie ist bekanntlich dem bisherigen ordentlichen Honorarprofessor für Chirurgie Dr. Oskar Witzel in Bonn übertragen worden.

— In der militär-medizinischen Akademie können im Herbst d. J. nur 80 Bewerber Aufnahme in die Zahl der Studierenden des I. Kursus finden; es sollen jedoch, wie die Tagesblätter melden, bereits gegen 500 Aufnahmegesuche eingelaufen sein.

— An der Wiener Universität studieren, wie dem «R. Wr.» von dort geschrieben wird, gegenwärtig 239 Russen.

Standesangelegenheiten.

— Der Landschaftsarzt Dr. W. Chlamow, welcher das Landschaftskrankenhaus im Kirchdorfe Werchnizinskoje (Gouv. Perm) leitet, ist auf Anordnung des Gouverneurs als politisch verdächtig aus dem Dienst entlassen worden. Dr. Chlamow dient bereits seit 24 Jahre in der Irbitschen Landschaft des Gouvernements Perm.

— Der Warschauer Magistrat hat beschlossen, die Zahl der städtischen Aerzte, welchen die Behandlung des Personals der Stadtbehörden und der städtischen Arbeiter übertragen ist, von 2 auf 6 zu erhöhen und ausserdem 5 Spezialisten zu diesem Zweck anzustellen.

— Der vor einigen Monaten verstorbene Präsident der medizinischen Akademie in Rio de Janeiro und Leiter des örtlichen bakteriologischen Instituts Dr. Fajardo, ist, wie es sich erweist, ein Opfer seines Berufes geworden. Er hatte sich prophylaktische Einspritzungen von Antidiphtherieserum gemacht, fühlte sich aber bald unwohl und es trat ein schneller Verfall der Kräfte, so dass die von ihm selbst noch angeordneten Einspritzungen von Koffeïn, künstlichen Atmungsversuche und Abreibungen des Körpers ohne Erfolg blieben und in kurzer Zeit der Tod eintrat.

— Dr. M. N. Behrmann wendet sich in einer Zuschrift im «R. Wratsch» (Nr. 29) an die Kollegen, welche während des Krieges aus der freiwilligen Reserve einberufen wurden oder deren obligatorische Reservefrist während ihres Dienstes ablief, mit der Mitteilung, dass sie auf Grund des Artikels 25 eines mittelst Befehls im Kriegsressort i. J. 1894 sub Nr. 165 publizierten Beschlusses des Militärkonseils das Recht auf eine ergänzende Entschädigung haben. Diese ergänzende Entschädigung beträgt, je nach den Aemtern, welche die Aerzte im Militärdienst bekleidet haben, 70, 80 und 100 Rbl. für jeden Monat des Dienstes. Dr. Behrmann hat selbst, nachdem er zufällig von diesem Beschlusse des Militärkonseils erfahren, auf Grund dieses Beschlusses ein Gesuch um die Zuerkennung dieser Entschädigungsgelder beim Militärchef eingereicht und jetzt nach neun Monaten diese Gelder bewilligt erhalten. Zu näheren Auskünften ist auf Anfragen der Kollegen Dr. Behrmann (unter der Adresse: Гор. Борисовъ, Минской губ.) gern bereit.

— In Sewastopol haben nach Entlassung von 5 Aerzten des Stadthospitals (Nikonow, Flerow, Potapow, Potapowa und Rshewskaja 22 Angestellte von dem Feldscher- und Krankenwärter-Personal des Hospitals ihren Kollektiv-Abschied beim Stadtamt eingereicht. Bei der Aerztin Rshewskaja wurde eine Haussuchung vorgenommen, jedoch ohne Resultat. (Towar.—R. Wr.).

Vereins- und Kongressnachrichten.

— Der V. internationale geburtshülflich gynäkologische Kongress in St. Petersburg, welcher bereits einmal aufgeschoben wurde, kann auch in diesem Jahre hier nicht abgehalten werden wegen der andauernd unruhigen inneren Verhältnisse in Russland. Das russische Organisationskomitee, dessen Präses Prof. Ott und dessen Generalsekretär Prof. P. Sadowski ist, hat sich daher in Relation gesetzt mit dem Sekretär des beständigen Komites Dr. Jacobs, damit für den V. Kongress ein anderer Versammlungsort bestimmt werde. Das russische Komitee hofft aber, da es über hinlängliche Mittel verfügt, um einen Kongress in materieller und wissenschaftlicher Beziehung organisieren zu können, gegenwärtig jedoch aus von ihm unabhängigen Gründen ausserstande ist, einen solchen in Russland zu realisieren, dass es das Recht behält, statt des V. Kongresses den nächstfolgenden in Petersburg zu organisieren.

— Die Gesellschaft der Astrachanschen Aerzte hat zum Redakteur ihres Vereinsblattes Dr. Hippolyt Deminski gewählt.

Epidemiologisches.

— Pest. In Odessa sind nach den beiden bereits gemeldeten Fällen keine neuen Pesterkrankungen vorgekommen. Der am 4. Juli erkrankte Wärter der Stadtkrankenhauses befindet sich auf dem Wege der Genesung. Von 500 gleich nach dem ersten Krankheitsfalle bakteriologisch untersuchten Ratten im Hafen und in der Stadt konnten bei keiner einzigen Pestbazillen konstatiert werden.

— Cholera. In das Samarasche Gouvernements-Landschaftshospital wurden am 3. Juli zwei choleraverdächtige Patienten gebracht, von welchen einer am 4. Juli starb und der andere nach 3 Tagen genas. Unter denselben Erscheinungen erkrankte am 8. Juli und verstarb die Aufseherin der Baracke, in der die erwähnten Patienten behandelt wurden. Am 9. Juli erkrankte und starb auch ein Krankenwärter; am 17. Juli gelangten noch 7 ähnliche Erkrankungen zur Anzeige. Vom 18.—21. Juli wurden 14 neue Cholerafälle verzeichnet. Seit Beginn der Epidemie sind 55 Erkrankungen beobachtet worden, von denen 15 tödlich verlaufen sind. Die Erkrankten sind sämtlich Ortsbewohner, meist Arbeiter. Es sind ausserordentliche Massnahmen getroffen, um die Stadt Samara in einen entsprechenden Sanitätszustande zu bringen, auch ist dort ein spezielles Cholera-Hospital eingerichtet worden. Ausserdem sind die benachbarten Gouvernements Astrachan, Saratow, Simbirsk, Ufa, Kasan und Nishni-Nowgorod für cholerabedroht erklärt worden.

Zur Ergreifung der nötigen Massregeln zur Verhinderung einer Ausbreitung der Cholera ist der Gehülfe des Obermedizinalinspektors Dr. N. A. Schmidt nach Samara abkommandiert worden.

— Erfreulicherweise hat auch unsere St. Petersburger städtische Sanitätskommission rechtzeitig Massregeln für den Fall des Ausbruchs der Cholera in der Residenz ausgearbeitet: Es sollen die Hausbesitzer aufgefordert werden, alle sanitarischen Forderungen in ihren Häusern und Höfen zu erfüllen und die zur Beaufsichtigung des Handels angestellten Sanitätsärzte ersucht werden, ihre Aufsicht zu verschärfen. Der Medizinalinspektor von St. Petersburg soll gebeten werden, beim Stadthauptmann einen Befehl für die öffentlichen Etablissements zu erwirken, stets gutes gekochtes Trinkwasser zur Verfügung zu haben. Im städtischen Barackenhospital sollen Vorkehrungen zur Aufnahme von eventuellen Cholerakranken getroffen werden. Vom epidemiologischen Bureau wird eine Liste von Reserveärzten, Desinfektoren und Sanitaren aufgestellt werden.

Mit der Organisation von Choleraschutzimpfungen an verschiedenen Punkten der Stadt soll Dr. Kaschkadamow beauftragt werden.

Verschiedene Mitteilungen.

— Das Denkmal für den berühmten Kliniker und medizinischen Schriftsteller Professor Dr. Hugo v. Ziemssen ist am 12./25. Mai in München vor dem städtischen Krankenhause, der Stätte seiner langjährigen klinischen Tätigkeit, feierlich enthüllt worden. Es besteht aus einer überlebensgrossen Bronzebüste auf einem Marmorunterbau, der gleichzeitig als Ruhebank dient und an beiden Seiten durch wasserspeiende Löwenköpfe abgeschlossen wird. Die Festrede hielt der Reichenhaller Badearzt Hofrat Dr. Schmid.

— Ein neues medizinisches Journal unter dem Titel «Medizinisch - Naturwissenschaftliches Archiv» wird von der Verlagshandlung Urban und Schwarzenberg angekündigt. Es ist der klinischen Medizin und den angrenzenden Gebieten der Naturwissenschaften gewidmet. Die Redaktion des Journals haben Prof. F. Henke (Patholog in Königsberg), Prof. O de la Camp (Interner Kliniker in Marburg) und Dr. A. Pütter (Privatdozent der Physiologie in Göttingen) übernommen. Der Abonementspreis beträgt 30 Mark jährlich. Eine Probenummer ist uns noch nicht zu Gesicht gekommen.

— Nach einem neuerdings abgegebenen Gutachten des Medizinalrats ist die Zahl der Lehrlinge in den Apotheken soweit einzuschränken, dass auf jeden Provisor oder Magister der Pharmacie in einer Apotheke nicht mehr als 2 Lehrlinge kommen.

— Ein Schutzmittel gegen die Meningitis cerebrospinalis. Das von Jehle zur Zerstörung des Erregers der Genickstarre, des Diplococcus meningitidis empfohlene Mittel, ist ein Stoff, der aus dem Bazillus pyocyaneus bereitet wird und daher Pyocyanase genannt wird. Durch Experimente ist festgestellt worden, dass durch eine solche Flüssigkeit in 48—60 Stunden sämtliche Keime der Genickstarre zum Verschwinden gebracht werden, nachdem ihre Zahl und Giftigkeit schon innerhalb der ersten 24 Stunden um etwa die Hälfte herabgesetzt worden ist. Sobald ein Fall von Genickstarre bekannt wird, sollen nun sämtliche Mitglieder eines Hausstandes nach den Angaben von Jehle derart behandelt werden, dass diese Flüssigkeit in den Nasenrachenraum eingespritzt wird. Prof. Escherich (Wien) konnte ebenfalls bei der Meningitis cerebrospin. nach der intraduralen Injektion der Pyocyanase eine deutliche Verminderung der Bakterien, in einigen sogar völliges Verschwinden derselben konstatieren. Nur in den schwersten Fällen versagte das Mittel. Wie verlautet, hat die oesterreichische Regierung die Behandlung mit diesem Mittel auch für alle Krankenhäuser angeordnet und zu diesem Zweck kostenlos abgegeben.

Bf.

Avis für praktische Aerzte!

Soeben erhalten
komplette Sätze und einzelne Teile von

Stau- und Saug-Apparaten

Modelle der königl. Chir. Universitäts-Klinik Bonn, nach Prof. Biers und Dr. Klapps Methode,

zur schmerzlosen Ausheilung, in schonendster Weise, **ohne Schnitt und Drainage,** auf dem einfachen Wege des Saugens, von verschiedenerlei entzündlichen Erkrankungen (Furunkel, Karbunkel, Abszesse, Bubonen, Tonsillen, Fistel, Mastitis, Panaritien, Gonorrhoe etc.).

Illustriertes Preisverzeichnis nebst kurzer Gebrauchsanweisung u. Auswahl der einschlägigen Fachliteratur wird an Reflektanten **gratis** verabfolgt.

Const. Malm,

St. Petersb. Morskaja, 34. Telephon № 1392.

ANSTALT FÜR WARME BAEDER



Eigenthum der Französischen Regierung. (34) 24—7.

BADE-SAISON.

In der Anstalt VICHY, der besteingerichteten in ganz Europa, sind vorhanden Bäder und Douchen zur Heilung von Magen-, Leber-, Harnblasen-, Harnsalz-, Podagra und anderen Krankheiten.

Täglich vom 15. Mai bis zum 30. September Theater und Concerte im Casino. Musik im Park. Lesecabinetts. Gastzimmer für Damen, Spiel-, Sprechsäle und Billards. Alle Eisenbahnlinien sind mit VICHY verbunden. Frankreich, Departement Allier.

PERTUSSIN

Extract. Thymi saccharat. Taeschner.

ges. gesch. Einfuhr von der russ. Behörde gestattet.
Unschädliches, sicher wirkendes Mittel gegen:

Keuchhusten, Kehlkopf- und Bronchialkatarrh.

Literatur in hervorrag. Blättern Deutschlands u. Oesterreich-Ungarns.

Aerztliche Gutachten:

Prof. Dr. Ernst Fischer *(Strassburg)*:
Die Wirkung des **„Pertussin"** war eine überraschende; wenngleich ich nicht gerade sagen kann, dass der Keuchhusten sich in einigen Tagen in einen einfachen Katarrh verwandelte, so wurden die Anfälle so milde, der Schleim so locker, dass das Erschreckende des Keuchhustens, das Blauwerden und die drohende Erstickung, vollständig wegfielen.

Dr. Model, kgl. Bezirksarzt a. D. *(Weissenburg)*:
Nach dem Gebrauch des **Pertussin** war es mir beim Erwachen plötzlich, als athmete ich die freie herrliche Luft auf einem Alpen-Gipfel. Diese Leichtathmigkeit fiel mir besonders auf, der ich infolge langjähriger Bronchialkatarrhe an merklichem Emphysem leide.

Dr. Alfred Müller *(Neuhausen)*:
Mein Urtheil geht dahin, dass das **Pertussin** ein Mittel ist, das in kürzester Zeit den mit Recht so gefürchteten Keuchhusten in einen ungefährlichen und fast unmerkbaren Bronchialkatarrh überzuführen vermag. Ich kenne zur Zeit kein anderes Mittel, welches sich des gleichen Vorzuges rühmen dürfte.

Dr. Erich R. von Matzner *(Birkfeld, Steierm.)*:
Die drei mit **Pertussin** behandelten Bronchitiden, davon zwei bei Kindern zählten zu den schwersten Formen und jedesmal erwies sich Ihr Präparat als von ausgezeichneter Wirkung; der starke Hustenreiz nahm in wenigen Stunden bereits ab und die Secretion begann sich bald zu verringern, die Temperatur fiel ab.

Verkauf nur durch die Apotheken, sowie durch folgende Engros-Depôts: **H. Bierstümpfel,** Apotheker, Warschau, Marszalkowska 136. **Ad. Marcinczik,** Apotheker, Kiew. **Paul Seebode,** Apotheker, Riga, Kalkstr. 26. **B. Schaskolsky,** Petersburg, **Carl Ferrein,** Moskau.

Hergestellt in der **Kommandanten-Apotheke E. Taeschner, Berlin C. 19,** Seydelstrasse 16. (14) 0—2.

Dr. Hofmann's Kuranstalt

Bad Nauheim

Spezialanstalt für herzleidende Neurastheniker. Entfettungskuren bei herzleidenden nach eigener Methode. Prospekt frei.

Dr. Hofmann, Dr. Pöhlmann.

(56) 15—9.

Dr. Hofmann praktiziert auch ausserhalb der Kuranstalt.

Nach langjähriger spezialistischer Tätigkeit in **Berlin praktiziere** ich im Sommer in

Bad Reichenhall.

Dr. Franz Rosenfeld,
Spezialarzt
für **Nasen-, Hals-** und **Lungenleiden.**
(Haus D u s c h l).

Ein Pflanzen-Extract

zum inneren Gebrauche bei Gonorrhoe und Harnblasen-Entzündung

Antineon Loeher

Verkauf in Apotheken.
Betreffs Literatur sich zu wenden an Provisor

E. GÜRGENS

Moskau, Wolchonka.

Adressen von Krankenpflegerinnen:

Frl. **Pauline Winkel,** Конногвардейскій переулокъ 4, кв. 2.

Im Deutschen Alexander-Hospital wird Nachweis erteilt über zur Zeit dienstfreie Pfleger und Pflegerinnen für die private Krankenpflege (gegen Zahlung von 50 Kop.)

Herausgeber Dr. Rudolf Wanach. Buchdruckerei v. A. Wienecke Katharinenhofer Pr. M 15

XXXII. JAHRGANG. ST. PETERSBURGER Neue Folge XXIV. Jahrg.

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Redaktion von

Prof. Dr. Karl Dehio. Dorpat.

Dr. Johannes Krannhals. Riga.

Dr. Rudolf Wanach. St. Petersburg.

Die „St. Petersburger Medizinische Wochenschrift" erscheint jeden Sonnabend. — Der **Abonnementspreis** ist in **Russland** 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr inkl. Postzustellung; in den **anderen Ländern** 20 Mark jährlich, 10 Mark halbjährlich. Der **Insertionspreis** für die 3mal gespaltene Zeile in Petit ist 20 Kop. oder 45 Pfen. — Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt. — Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.

Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate bittet man ausschliesslich an die Buchhandlung von **K. L. Ricker** in St. Petersburg, Newsky-Prospekt № 14, zu richten. — **Manuskripte** sowie alle auf die Redaktion bezüglichen Mitteilungen bittet man an den geschäftsführenden Redakteur Dr. **R. Wanach** in St. Petersburg, Petersb. Seite, Alexandrowski Pr. 6 zu richten. Sprechst. Dienstag, Donnerstag und Sonnabend 5—6.

№ 31 St. Petersburg, den 4. (17.) August. **1907.**

Die Herren Kollegen, welche den vom 17.—19. August in Dorpat stattfindenden Aerztetag besuchen und Absteigequartiere belegen wollen, werden gebeten sich an Herrn Dr. med. E. Graubner, Dorpat, Gartenstrasse 15, zu wenden.

Protokolle des Vereins St. Petersburger Aerzte.

Sitzung vom 6. Februar 1907.

Vorsitz.: Blessig. Sekretär: Moritz.

1. Fick: Ueber Dauerresultate der chirurgischen Therapie des Ulcus ventriculi.

Die Indikationen zum chirurgischen Eingriff beim Ulcus ventriculi und seinen Folgezuständen sind in den letzten Jahren erweitert worden. Dazu hat die Erfahrung geleitet, dass die Resultate der internen Therapie nicht so gute sind, wie man nach den Mitteilungen Leubes auf dem Kongress der deutschen Gesellschaft für Chirurgie im Jahre 1897 annehmen musste. Durch mehrere neuere Arbeiten, die sich zur Aufgabe gestellt hatten, die Dauerresultate der internen Therapie zu studieren ist es erwiesen, dass in 20—30 pCt. der Fälle keine dauernde Heilung auf therapeutischem Wege erzielt werden kann. Auf dem letzten Chirurgenkongress (1906) in Berlin hat Krönlein über seine Erfahrungen in der chirurgischen Ulcustherapie berichtet und einem aktiveren Vorgehen das Wort geredet.

Fick berichtet über sein Material, das 30 Operationen umfasst, die an 29 Kranken ausgeführt wurden. Es sind 1 Pyloroplastik und 29 Gastroenterostomien. Ein Patient wurde 2 Mal operiert, weil nach der Pyloroplastik die Beschwerden wieder auftraten und eine Gastroenterostomie erforderten. Diese Operation wurde 28 Mal als antecolica (nach Kocher) und ein Mal als retrocolica (nach v. Hacker) ausgeführt. In allen, bis auf 2 Fälle wurde die Enteroanastomose (nach Braun) hinzugefügt.

Die Operationen wurden ausgeführt:

wegen	Blutung	8 Mal
»	Pylorusstenose	10 »
»	Perigastritis	6 »
»	Unheilbarkeit des Ulcus durch interne Therapie	6 »

Auf die 30 Operationen kommen 3 Todesfälle = 10 pCt. Mortalität.

Bei der Beurteilung der Dauerresultate mussten 7 Patienten des letzten Jahres wegen zu kurzer Beobachtungsdauer ausgeschieden werden. Nach Abzug von weiteren 4 Kranken, über deren weiteres Schicksal nichts zu erfahren war und nach Abzug der 3 postoperativen Todesfälle, verbleiben 14 Patienten, deren weiteres Schicksal bekannt ist. Von diesen 14 sind 4 in 1 bis 3 Jahren nach der Operation ihrem Magenleiden erlegen und zwar erkrankten 3 an ulcus pepticum jejuni. 10 Patienten sind als dauernd geheilt zu betrachten = 71 pCt. Rocher berechnet 88 pCt., Krönlein 85 pCt. Atkins 75 pCt. Eiselsberg 42 pCt. Dauerheilungen.

Auch an dem kleinen Material bestätigt sich die an grossen Zahlen festgestellte Tatsache, dass die Resultate der chirurgischen Therapie des Ulcus ventriculi am besten sind in den Fällen wo wegen organischer Stenose des Pylorus operiert wurde.

(Autoreferat).

Diskussion:

Sender fragt, welche klinischen Symptome die Diagnose der Perigastritis gestatten.

Albanus berichtet über eine Patientin, die trotz der Gastroenterostomie und mehrmaliger Ulcuskuren nicht von ihren Beschwerden befreit worden war. 1904 von Hohlbeck im Obuchowhospital operiert, hatte sie sich etwa ½ Jahr lang gut gefühlt, nachdem sie noch eine legale Ulcuskur durchgemacht hatte. 1905 wieder sehr arge Schmerzen und häufiges Erbrechen. Bei der Durchleuchtung der Pat. erwies es sich, dass der bei der Operation benutzte Murphyknopf nicht, wie angeblich beobachtet, abgegangen, sondern im Magen zurückgeblieben war. Nochmalige Operation und Entfernung des Murphyknopfes. Daran anschliessend Ulcuskur. Zeitweilige Besserung. Seit ½ Jahr wieder sehr arge Be-

schwerden, Schmerzen — zuweilen Erbrechen. Die Pat. bittet jetzt um nochmalige Operation, doch besteht keine Stagnation, so dass keine richtige Indikation für die Operation vorhanden ist. Der Magen erwies sich bei den Spülungen stets als leer, die Aziditätsverhältnisse waren und sind normal. Die Guajacprobe ist negativ. Zu erwähnen ist noch, dass die Pat. eine chronische Spitzentuberkulose hat und ein mageres schwächliches Subjekt ist und häufig — fast beständig Temperatursteigerungen bis 38° aufweist.

Was die Lebensdauer der Pat. mit Magenkarzinom betrifft, so berichtet Alb. über einen Fall, bei dem 1½ Jahr nach der, bei der Operation erfolgten Diagnostizierung eines Magenkarzinom, Pat. an puerperaler Sepsis starb. Die Diagnose des Karzinom wurde durch das Mikroskop bestätigt, trotzdem Pat. eine normale Schwangerschaft durchgemacht hatte.

Westphalen verfügt über 80 Fälle von Ulcus ventr., deren genaues Schicksal 3 Jahre nach absolvierter Ulcuskur ihm bekannt ist. Es heilten vollständig aus nach einmaliger Ulcuskur 30 pCt., nach Wiederholung der Kur weitere 30 pCt., im Ganzen wurden somit in 60 pCt. die Pat. so weit geheilt, dass sie 3 Jahre lang beschwerdefrei waren. Es scheint, dass die näher zum Pylorus sitzenden Ulcera nach der Gastroenterostomie eine bessere Heilungstendenz zeigen, als die im Fundus befindlichen. Es hängt das wohl damit zusammen, dass der Magen eigentlich in 2 funktionell verschiedne Abschnitte zerfällt, von denen der erste Verdauungsorgan, der 2. id est der Pylorusteil, mehr Austreibungsorgan ist. Bei Sitz des Ulcus am Pylorus werden die Speisen, welche die Gastroenterostomose passieren, das Geschwür natürlich weniger reizen, als wenn sich dasselbe am Fundus befindet. Ist der Pylorus offen so wird die Nahrung die Fundeswunde in steter Reizung erhalten.

Was die Dauer der Magenkarzinome betrifft, so ist W. ein Fall mit 2½—3-jähriger Dauer bekannt und von Strauss ist 1 Fall berichtet der sogar 4 Jahr nach der Diagnose (bei der Operation gestellt) gelebt hat.

Was die Pyloroplastik betrifft, so ist kürzlich ein Pat. in das Alex. Hosp. eingetreten, dem vor 14 Jahren dort diese Operation mit gutem Erfolg gemacht worden ist. Pat. leidet jetzt an Diabetes, sein Magen ist jedoch völlig gesund.

Fick: Die klinische Diagnose der Perigastritis beruht auf der Erwägung aller Umstände, die durch Adhäsionen des Magens mit den Nachbarorganen in Betracht kommen. Diese können nun sehr verschieden sein, je nachdem welches Organ dem Magen adhäriert. So wurde z. B. eine Pyloro-Colonadhäsion richtig diagnostiziert durch die gemeinschaftlichen, resp. eng auf einander folgenden peristaltischen Bewegungen. Verwachsungen des Magen's mit der Bauchwand lassen sich bei Erschütterung der letzteren, resp. den bei bestimmten Bewegungen auftretenden Schmerzen erkennen. Ein bestimmtes diagnost. Symptom giebt es somit nicht für die Perigastritis, die Diagnose muss in jedem einzelnen Fall aus verschiedenen Erscheinungen gefolgert werden.

Westphalen ist gleichfalls der Ansicht, dass nur die Berücksichtigung des ganzen Krankheitsbildes die Diagnose der Perigastritis von Fall zu Fall gestattet. In einem Fall z. B. wurde sie ermöglicht durch die Adhäsion mit einer Hernia epigastrica.

Fick: Der von Albanus berichtete Fall ist dadurch sehr auffallend, dass der Magen dabei leer gefunden wurde — während gerade bei den stets wiederkehrenden Beschwerden meist eine Stagnation den Grund dafür abgiebt.

Was die Lebensdauer der Kranken mit Carzinoma ventriculi betrifft, so sind die angeführten Daten von 3—6 Monaten nach der Operation, Durchschnittsziffern. Auch F. kennt jedoch einzelne Fälle, die viel länger, bis zu 2½ Jahren post operationem, — gelebt haben.

2. Hörschelmann spricht über «Autan», ein neues Formalinpräparat zu Desinfektionszwecken. (Erscheint im Druck).

Westphalen empfiehlt das Autan vom praktischen Standpunkt aus das Wärmste. Seine Hauptvorzüge sind, dass kein übler Geruch nach der Desinfektion zurückbleibt, dass es nicht notwendig ist, alle Spalten der Tür zu verkleben und dass die Desinfektion rasch erfolgt.

Dobbert spricht sich prinzipiell gegen den Nutzen einer Desinfektion aus, die mit gasförmigen, im Raum zerstäubten Substanzen erzielt werden soll. Die Wirkung derselben kann nur eine ganz oberflächliche sein und ist praktisch völlig ungenügend.

Ucke schliesst sich Dobbert völlig an: eine Verstäubung von Formalingas ist zwecklos und derartige Raumdesinfektionen könnten ebenso gut ganz unterbleiben. Die Ansteckungsgefahr wird nicht durch derartige Massnahmen, sondern nur durch Isolierung der Infektionsträger beseitigt. Will man einen Raum nach Möglichkeit von Infektionskeimen befrein, so muss eine gründliche mechanische Reinigung, Staubabsaugung und Abwischung der Gegenstände mit Lösungen von antiseptischen Stoffen wie Sublimat, Karbol etc. — erfolgen.

Heuking fragt, welche Desinfektionsmethoden wir in Praxis somit anzuwenden hätten, falls die üblichen keinen Erfolg versprechen?

Hörschelmann: Wir kennen vorläufig keine besseren Methoden zur Desinfektion von Räumen als die besprochnen. Es lässt sich auch nicht einsehn, weswegen sich nicht Infektionskeime auf Gegenständen, wie z. B. Möbeln festsetzen sollten und erneute Ansteckung hervorbringen.

Fuhrmann tritt dafür ein, das Krankenzimmer schon bei Beginn der Erkrankung möglichst von allen unnützen Gegenständen, Möbeln etc. zu säubern. Dann fällt eine spätere mechanische und antiseptische Reinigung nicht schwer. Die Ansteckungsgefahr durch Gegenstände ist minim, — bei der Diphterie erfolgt die Infektion fast stets von Person zu Person — bei den Masern, nach Heubner, immer.

Hecker hat Wiedererkrankungen nach schlechter Desinfektion bei Diphterie mehrfach beobachtet. Auch erinnert er sich eines Falles von erneuter Scharlachinfektion nach einer nicht tadellos ausgeführten Desinfektion. Eine sorgfältige Desinfektion ist durchaus notwendig.

Hörschelmann: Ob eine Desinfektion nach Infektionskrankheiten überhaupt ausgeführt werden soll oder nicht, ist eine besondere Frage, die nicht zur Diskussion steht. Wird jedoch desinfeziert, wie dieses bisher üblich, — so hat das Autan grosse Vorzüge vor allen bisher zu diesem Zweck gebrauchten Präparaten.

Sitzung vom 20. Februar 1907.

Vors.: Blessig. Sekretär: Moritz.

1. Dombrowski demonstriert 1 Pat., der 3 Schussverletzungen erlitten hat. Er war durch Revolutionäre überfallen worden und von 3 Browningkugeln getroffen worden. Die erste Kugel war oberhalb des Ohrs von hinten nach vorn durchgeschlagen, ohne gefährliche Verletzungen zu hinterlassen. Die 2. hatte eine Fraktur des Oberarmes bewirkt. Die 3. war am Rücken in der Scapularhöhe eingedrungen, hatte einen Hämothorax bewirkt und steckte innerhalb eines Hämatoms am Rande des M. sternocleidomastoidens, von wo sie extrahiert wurde. Die Kugel war an der Spitze angesägt, was eine stärkere Gewebszerstörung durch Erweiterung des Schlusskanals bezweckt, die zum Glück ausgeblieben war. Dem Pat. geht es gut. (Demonstration der Kugel).

Ferner demonstriert Dombrowski 1 Röntgenbild und eine 2. Browningkugel, die von einem anderen Attentat herrührt: Am 2. Februar wurde der Chef des Gefängnisses auf Wassili Ostrow durch 2 Schüsse durch den Thorax und die Wirbelsäule ermordet. Die Kugel war gleichfalls kreuzförmig angesägt. Der Aufseher des Gefängnisses, der dem Chef zu Hilfe eilte, erhielt einen Schuss in den Leib. Der Einschuss befand sich 2 Fgbr. über der Symphyse. D. laparotomierte und fand Blase und Peritonäum unverletzt, dagegen eine Blutung und Tuchfetzen im kleinen Becken. Im horizontalen Schambeinast befand sich ein Spalt. Der postoperative Verlauf war nach anfänglichem leichteren Fieber gut. Das Röntgenbild zeigte nun, dass die Kugel am hinteren, absteigenden Sitzbeinast lag. Es wurde nun von hinten her eingegangen, ein Sequester (vom horizontalen Ast) entfernt und die im Sitzknochen selbst steckende Kugel extrahiert. Die Kraft der Kugel war offenbar durch den Anprall auf den vorderen Schambeinast stark geschwächt worden. Eine Explosionswirkung war nicht eingetreten, trotzdem die Spitze der Kugel und des Mantels abgesägt war.

Diskussion.

Wanach hat bei einem Sanitär, der einen Selbstmordversuch machte eine starke Sprengwirkung der Browningkugel bei Schuss aus nächster Nähe auf die inneren Organe beobachtet. Sowohl aus der Leber wie aus dem Magen waren ca. daumengrosse Stücke der betreffenden Organe herausgerissen. Pat. starb trotz der sofortigen Laparotomie an Peritonitis. Es ist erfreulich, dass es den Revolutionären wie aus den Dombrowski'schen Fällen erhellt, meist nicht gelingt, durch das Ansägen der Kugel eine Sprengwirkung hervorzurufen.

2. Ucke demonstriert die Organe eines 5-tägigen Kindes, welches an den Folgen einer Duodenalatresie gestorben war.

Fuhrmann hatte am 2. Tage bei dem Kinde einen Darmverschluss diagnostiziert, da Erbrechen geruchloser brauner

Massen erfolgte. Der Leib war nicht aufgetrieben. Das Kind verweigerte die Brust. Jedoch wurde F. in seiner Annahme stutzig, als das Kind am 3. Tage Abgang von Meconium hatte und Milch vom Löffel nahm. Das Erbrechen sistierte am 5. Tage. Der Turgor der Gewebe war gut und die Gewichtsabnahme des bei der Geburt 3100 gr. schweren Kindes betrug nur etwa 3—400 gr. Die schliessliche Todesursache ist nicht ganz aufgeklärt. Der Meconiumabgang ist erklärlich, da sich die Mündung der Gallenwege unterhalb der Atresie befand.

Die Duodenalatresie ist sehr selten beobachtet, F. erinnert sich keines Falles, doch sind andere Darmverschlüsse bei Neugeborenen keine Seltenheiten. Bei 2 weiteren im letzten Jahr von F. beobachteten Fällen handelte es sich um Verschlüsse im Ileum und Coecum, die durch Mesenterialadhäsionen bedingt waren. Die Diagnose wird meist durch die längere Lebensdauer der Kinder erleichtert. Im vorliegenden Fall wäre therapeutisch höchstens eine Gastroenterostomie in Frage gekommen. Praktisch ist dieselbe wohl schon aus technischen Gründen nicht anzuraten.

3. Fick demonstriert den Magen und das mit ihm vernähte Darmstück eines Pat., dem er wegen eines Carcinoma ventriculi die Gastroenterostomia anterior und die nachfolgende Enteroanastomose gemacht hatte. Pat. starb bald nach der Operation an seiner Krebskachexie und bei der Obduktion fand sich neben dem Karzinom noch ein latentgebliebenes Ulcus ventriculi. Mehrere Sugillationen der Magenwand erklärt F. durch den bei der Operation ausgeübten Fingerdruck des Assistenten. Da auf diesen Sugillationen stellenweise einige kleinste Ulcera der Mucosa des Magens entstehen, warnt F. vor zu starkem Druck bei der Assistenz, obschon ja andererseits der Mageninhalt möglichst von dem Operationsfeld abgeklemmt werden muss.

Diskussion.

Wanach fragt, weswegen F. nicht die Gastroenterostomia posterior der G. anterior vorziehe, da für erstere 2 wichtige Momente sprächen: 1) die besseren mechanischen Abflussbedingungen durch die hinten, resp. unten gelegene Ausflussöffnung und 2) das Fortfallen der Enteroanastomose, welche unnütz ist, falls man den zuführenden Schenkel kurz wählt.

Fick giebt Wanach durchaus darin Recht, dass die Gastroenterostomie post. theoretisch vorzüglich ist — weswegen sie im Auslande auch schon vielfach tatsächlich bevorzugt wird. Er operiert nach der vorderen Methode hauptsächlich deswegen, weil er sich gut in derselben eingearbeitet hat und deswegen schneller fertig wird. Die G. anterior bietet die einfachsten Verhältnisse. Für sie spricht auch noch der Umstand, dass bei ihr Verwachsungen kaum zu fürchten sind.

Die Pat. werden nach der Operation nicht, wie W. annimmt flach auf den Rücken gelegt, sondern kommen in halbsitzende oder Seitenlage.

4. Lezenius demonstriert einen von ihm entfernten Lid-Tumor (Dermoid).

M. H. Gestatten Sie, dass ich Ihnen einen Tumor demonstriere den ich vor ca. 3 Wochen aus dem oberen Lide eines fünfzigjährigen Mannes exstirpiert habe. Der Tumor ist angeboren und ist innerhalb 50 Jahren so gross geworden, dass er das Auge vollständig verdeckt und es nicht öffnen lässt. Dieser Tumor war ziemlich frei beweglich, die Haut über ihm war von normaler Beschaffenheit und konnte in Falten aufgehoben werden. Palpiert man den Tumor, so erweist er sich von ziemlich derber prall-elastischer Konsistenz; an einigen Stellen fühlt man härtere Partien in ihm. Dort wo er oben an die Orbitalwand stösst, kann man eine Knochenvertiefung wahrnehmen. Irgend welche Beschwerden, ausgenommen die Entstellung des Gesichts hat Patient von der Geschwulst nicht gehabt. (Bild).

Da der Tumor nach der Aussage des Patienten angeboren war und oben in einer Knochenlücke sass, schwankte die Diagnose zwischen Dermoidzyste und Encephalocele. Gegen letztere sprach aber erstlich der Sitz der Geschwulst: Meningocelen liegen in der Augenhöhle meistenteils innen oben, wo sie die Naht zwischen Siebbein und Stirnbein zum Durchtritt benutzen, während der fragliche Tumor gleichmässig das ganze Oberlid einnahm. Ausserdem fehlten noch alle übrigen Symptome der Encephalocele. Deshalb wurde die Diagnose mit grösster Wahrscheinlichkeit auf Dermoidzyste gestellt. Die Geschwulst liess sich verhältnissmässig leicht präparando entfernen, wobei ein elliptisches Stück Haut mitgenommen wurde. Sie sass vor dem Knorpel und der Fascie. Die Wunde wurde mit 12 Nähten geschlossen; es erfolgte prima intentio. Bei der Entlassung konnte der Patient das Auge beinahe vollständig öffnen; letzteres ist vollständig funktionsfähig und hat bei normalem Augenhintergrund 0,4 Visus. (Bild).

Was den Tumor selbst anlangt, so ist er für eine Dermoidzyste von auffallender Grösse, denn Dermoidzysten der Lider werden gewöhnlich nur bohnen- bis nussgross, während diese Geschwulst doch sicherlich die Grösse eines mittleren Hühnereies besitzt. Auf dem Durchschnitt sieht man, dass man es mit einer einkämmerigen Zyste mit käsigem Inhalt zu tun hat. Man sieht auf dem Durchschnitt, dass sich in der Zyste Haare befinden, wodurch die Diagnose der Dermoidzyste bewiesen ist. Was die härteren Partien der Geschwulst, von denen ich sprach bildet, wird die spätere Untersuchung erweisen; vielleicht sind es Zähne. Die Knochenvertiefung in der oberen Wand der Orbita, die ich erwähnte, und die uns an Encephalocele denken liess ist wohl als Usur des Knochens durch Druck von Seiten des Tumors entstanden anzusehen.

(Autoreferat).

Sitzung vom 6. März 1907.

Vorsitz.: Fick. Protokollf. Moritz.

I. Küttner berichtet über 2 Fälle von vaginalem Kaiserschnitt.

Fall I. Den 8. Dez. 1904 um 2 Uhr 45' p. m. wird eine Pat. in bewusstlosem Zustande ins Alex.-Stift eingeliefert. Durch Befragen ihrer Begleitung lässt sich nur so viel ermitteln, dass ausserhalb des Stifts mehrere Anfälle stattgefunden haben.

Status praesens: Kräftig gebaute Person, keine Oedeme des Gesichtes und nur ganz geringe der Unterschenkel. Comatöser Zustand. Temp, 37,6 Puls 118, stark gespannt, dazwischen aussetzend. Herz, Lungen ohne Besonderheiten. Gravid im VII. Monat. Stand des Fundus 2 Querfinger über dem Nabel. Herztöne des Kindes nicht mit Sicherheit zu konstatieren. Die Auskultation wird durch die laut schnarchende Respiration der Pat. gestört. Innere Untersuchung ergiebt: Zylindrische Portio ca. 2 ctm. lang, der äussere sowie innere Muttermund für 1 Finger durchgängig. Blase steht, in derselben ein kleiner Teil (Fuss ?) tastbar. Colpitis granularis — starker Fluor.

Gleich nach Einlieferung der Pat. beginnen eklamptische Anfälle, die sich mit ziemlicher Regelmässigkeit 1/4stündlich wiederholen.

Bei dem schweren Allgemeinzustande und den sich häufenden Anfällen ist ein schnelles entbindendes Verfahren indiziert und wird dementsprechend der vaginale Kaiserschnitt in Aussicht genommen. Bis zu seiner Ausführung um 6 Uhr Nachmittags hatte Pat. im Stift 13 Anfälle. Die Therapie bestand bis zur Operation in Morphiinjektion (0,02) Chloralhydrat 1 gr. per Klysma leichte Chloroformnarkose.

6 Uhr p. m. Operation. Operateur Dr. Dobbert. Dauer 35 Min.

Die Portio wird mit 2 Küstner'schen Zangen gefasst und in den Introitus gezogen, vorderes Scheidengewölbe quer gespalten — Blase stumpf zurückgeschoben. Längsspaltung der vorderen Cervixwand bis ca. 2 cm. über den inneren Muttermund — die Peritonealhöhle blieb uneröffnet. Die sich vorwölbende Fruchtblase wird gesprengt wobei ein Fuss sichtbar wird, er wird gefasst und die Extraktion angeschlossen, wobei der Kopf einige Schwierigkeiten machte; da die Nabelschnur nicht mehr pulsierte, wird der Kopf dem Hinterhauptsloch entsprechend, angebohrt und entleert, worauf die Extraktion ohne Schwierigkeiten beendet wird. Bis dahin waren 5 Minuten verflossen. Expression der Plazenta. Digitale Entfernung retinierter Eihautfetzen. Uterusspülung. Durch ca. 8—10 Knopfnähte, Katgut werden die Uteruswundränder vereinigt. Einige versenkte Knopfnähte verkleinern die retrovesicale Wundhöhle. Die quer vaginale Wunde wird bis auf einen kleinen Spalt in der Mitte geschlossen. Mittels Jodoformgaze wird durch diesen kleinen Spalt der antecervikale Raum drainiert. Es folgt lockere Jodoformgazetamponade des Uterus. Blutung während des Eingriffs unbedeutend.

Trotz Chloroformnarkose erfolgen während der Operation 2 weitere eclamptische Anfälle. Puls 140, seine Spannung hat nachgelassen. Trachealrasseln und deutliche Zeichen beginnenden Lungenödems treten auf. Urinmenge nur 15 ccm. dunkel — konzentriert.

Kochsalzinfusion 800 ccm. Darmspülung eine Stunde lang. Morph. subkutan. Campher 1 Spr. Coffein subc. Aspiration des in der Trachea angesammelten Schleimes mittels Trachealcatheter. Von 1/27—1/29 waren weitere 7 Anfälle erfolgt. Bis 9 Uhr Abends hatte Pat. bereits 23 Anfälle durchgemacht. Trockene Schröpfköpfe. Nacht über comatöser Zustand. Atmung und Puls bessern sich.

Nach elfstündiger Pause setzten zum morgen hin von Neuem eclamptische Anfälle ein und um 1 Uhr Nachmittags erfolgt

nach dem 39. im Stift beobachteten Anfalle der Exitus letalis unter den Zeichen des Lungenödems.

Sektionsbefund: Pneumonia lobularis bilateralis, Degeneratio parenchymatosa renum et hepatis.

Fall II. Am 19 April 1905 um halb 8 Uhr Abends wurde ich zu einer Eclamptischen in die Stadt gerufen. Vor meiner Ankunft soll sie bereits 7 Anfälle gehabt haben.

Anamnese: Frau K. 38 a. n. hat 1 Mal abortiert. Eine Frühgeburt im 8. Monat durchgemacht, ausserdem 1 Mal normal geboren. Bei der vorletzten Geburt jedoch soll sie bereits an Eclampsie gelitten haben.

In Anbetracht des schweren Zustandes liess ich Pat. ins Alexander-Stift überführen, kurz vorher erfolgte ein heftiger Anfall.

Pat. bekommt gleich nach Eintritt ins Stift ein protrahiertes warmes Bad.

Status praesens: Ziemlich schwächliche Person — schwerer Jactationszustand, Puls frequent — klein. Herz, Lungen ohne Besonderheiten. Erbricht häufig kaffeebraune Massen.

Uterus dem 8. Schwangerschaftsmonat entsprechend vergrössert. Cervix vollkommen erhalten. Cervicalcanal lässt den Finger passieren. Keine Wehen.

Um 9 Uhr Abends heftiger Anfall.

Es wird beschlossen, in Anbetracht des schweren Zustandes den Uterus so schnell wie möglich zu entleeren (Pat. ist draussen nicht innerlich untersucht worden).

Um 10 Uhr wieder ein heftiger Anfall. Um halb 11 wird der vaginale Kaiserschnitt von mir ausgeführt.

Chloroformnarkose, Portio vorgezogen, Querschnitt im vorderen Scheidengewölbe. Stumpfes Abschieben der Blase. Spaltung der vorderen Cervixwand in der Mittellinie über den inneren Muttermund hinaus. Blase stellt sich, sie wird gesprengt. Versuch mit der Hand in den Uterus zwecks innerer Wendung einzugehen, scheitert, weil die Oeffnung noch zu klein. Deswegen weitere Spaltung — bis die Hand bequem ins Cavum uteri eingeführt werden kann. Innere Wendung auf den Fuss gelingt leicht. Extraktion angeschlossen. Kopflösung etwas schwierig. Kind schreit sofort mit heller Stimme. 1890,0. Blutung sehr gering. Exakte Katgutknopfnaht der etwa 15 ctm. langen Uteruswunde. Die Placenta hatte sich während der Naht bereits gelöst, wird exprimiert. Die Naht wurde wie beim klassischen Kaiserschnitt angelegt — d. h. am Schleimhautwundrande aus- und eingestochen. Ergotin subcutan bei Beginn der Operation. Tamponade des Uterus. Katgutknopfnaht des queren Schnittes im Scheidengewölbe, bis auf eine kleine Stelle in der Mitte der Wunde, wo ein Jodoformgazestreifen ziemlich hoch in die retrovesicale Wundhöhle zwecks Drainage eingeführt wird. Feste Tamponade der Scheide. Dauer des ganzen Eingriffes 40 Min. Das Kind war jedoch bereits in ca. 5 Min. herausbefördert.

Puls nach der Operation frequent und wechselnd. Campher und Ergotin subkutan.

Darmspülung mit Kochsalzlösung eine ½ Stunde lang.

Um 1 Uhr früh heftiger Anfall.

Um 2 Uhr Darmspülung.

Um ½3 Uhr Anfall. Morph.

Schwitzbett von sehr guten Erfolgen begleitet. Innere Mittel werden ausgespien.

5 Uhr Morgens beginnt der Jactationszustand wieder, Temperatur 37,9, Puls 134.

7 Uhr 35 Min. Morgens wieder ein heftiger aber letzter Anfall. Das Wochenbett verlief die ersten 6 Tage glatt und fieberlos (Ich reiche die Temperaturkurve herum) und schon durften wir hoffen dass es auch ungestört enden würde, als am 7. Tage Pat. trotz strengsten Verbotes das Bett verliess, was einen Temperaturanstieg bis 38,5 mit Schüttelfrost zur Folge hatte. Die nächsten 9 Tage schwankte die Temp. zwischen 40 und 37 fiel dann zur Norm herab, wies dann noch einige subfebrile Zacken auf um die letzte Woche normal zu bleiben. Am 23 Tage konnte Pat. das Bett und am 28. Tage die Anstalt verlassen. Die Involution des Uterus sowie das Lochialsecret liess nichts zu wünschen übrig. Am 20. Tage konnte ich bei bimanueller Tastung einen normalen Genitalbefund erhalten. Die Wunde im vorderen Scheidengewölbe hatte sich geschlossen die Portio war primär geheilt — nur eine seichte senkrechte Furche deutete die überstandene Operation an.

Kompliziert war das Wochenbett durch eine schwere Gastritis die sich durch sehr häufiges Erbrechen kaffeebrauner Massen, Soodbrennen, Schmerzen in der Magengegend dokumentierte. Eine entsprechende Diät und hauptsächlich eine gründliche Magenspülung am 11. Tage nach der Geburt brachte schliesslich auch dieses Leiden zum Stillstand. Irgend welche trombotische resp. peritonitische Symptome konnten nicht beobachtet werden. Den plötzlichen Temperaturanstieg mit Schüttelfrösten mussten wir trotzdem auf einen septischen Prozess in utero zurückführen weshalb auch sofort eine Alkoholuterusspülung vorgenommen wurde und als auf diese Massnahme die Temp. nicht fallen wollte wurde 2 Tage nacheinander Menzer'sches Antiseptokokkenserum subkutan eingeführt. Wie weit diese Therapie die Erkrankung beeinflusste, lasse ich dahingestellt — ein eclatanter Erfolg konnte jedenfalls nicht konstatiert werden.

Das Kind wurde von der Mutter gestillt — entwickelte sich aber mangelhaft. Das Gewicht bei der Entlassung betrug 1860 gr.

Unsere Erfahrungen wie sie sehen m. H. sind zu klein um über die Operation Schlüsse zu ziehen. So viel aber lässt sich sagen, die Technik ist für einen im vaginalen Operieren Bewanderten leicht und die Operation macht nicht den Eindruck eines grossen Eingriffs. In beiden Fällen machte die Extraktion des nachfolgenden Kopfes, trotzdem die Kinder nicht ausgetragen waren Schwierigkeiten und diese Schwierigkeit lege ich dem Bum'schen Verfahren d. h. der alleinigen Spaltung der vorderen Wand zur Last.

Ich würde wenn es nach mir ginge in Zukunft die Spaltung der hinteren und vorderen Wand üben und bei I. Gebärenden vor tiefer Scheidendamminzision nicht zurückschrecken.

Was die Therapie bei Eclampsie anbetrifft, so möchte ich mich voll und ganz auf den Standpunkt von Fritsch stellen der in der 5. Auflage seiner Klinik der geburtshülfl. Operation unter anderen hierüber folgendes sagt:

Nur die Therapie ist rationell und gut, die den Uterus bald entleert. Und ich bin überzeugt dass, wenn erst Dührssens Methode viele Anhänger gefunden hat und man prinzipiell nicht zu lange wartet, dass dann auch von allen Seiten über gute Erfolge berichtet wird. Dem Kaiserschnitt ist diese Methode ganz zweifellos vorzuziehen.

Im Privathause würde ich den V. K. nur in Ausnahmefällen anwenden, es ist eine Operation fürs Hospital. Auch dürfte die Operation nur für eine im vaginalen Operieren geübte Hand vorbehalten bleiben.

(Autoreferat).

Diskussion.

Beckmann ist der Ansicht, dass im 2. K.schen Fall vor dem Kaiserschnitt doch wohl noch andere Methoden der Entbindung hätten versucht werden können.

Besonders da eine zum 12. Mal gebärende Frau in Betracht kam, hätte eine digitale Erweiterung des Muttermundes oder ein Metrorynter angewandt werden können. Handelt es sich um Erstgebärende, so ist dagegen die Küttner'sche Indikationsstellung unbedingt richtig.

Mühlen: Der vaginale Kaiserschnitt ist wie K. anführte, auch bei Placenta praevia gemacht worden. Doch scheint er nur höchst selten ausgeführt zu werden, da z. B. Bürger und Grab ihn bei 344 Fällen von Placenta praevia kein Mal verzeichnet haben.

Dobbert schliesst sich Beckmann's Einwand an, — nur ist nicht zu vergessen, dass bei der Notwendigkeit sofortiger, nicht nur baldiger Entbindung keine Zeit verloren werden darf. Und ist ein blutiger Eingriff nötig, so sind vorhergehende Manipulationen im Hinblick auf den späteren Wundverlauf möglichst zu vermeiden. Freilich muss eine strikte Indikationsstellung verlangt werden. Die Placenta praevia ist jedenfalls keine Indikation für den vaginalen Kaiserschnitt.

Beckmann: Aus der Verlesung der Krankengeschichte hatte ich den Eindruck, dass ein Versuch zur Entbindung vor dem vaginalen Kaiserschnitt hätte gemacht werden sollen. Die aseptische Einführung eines Metrorynters kann den späteren Wundverlauf nicht beeinträchtigen.

Küttner: Es handelte sich in obigen Fällen um Schwangerschaftseklampsie, nicht um Geburtseklampsie. Der Schwerpunkt ist nicht darauf zu legen, ob es sich um Erst- oder Mehrgebärende handelt, sondern darauf, ob das Collum uteri verstrichen ist oder nicht. Bei erhaltenem Collum, wie in meinen Fällen, sind weder Metrorynter noch Bossi gefahrlos für die Mutter. In beiden Fällen, besonders aber im ersten, war dringende Eile geboten. Bei Placenta praevia ist der vaginale Kaiserschnitt nicht indiziert.

2. O. Moritz: Ueber akute lymphatische Leukämie. (Erscheint in den Folia haemat.).

Diskussion.

Koch weist auf die sich vielfach widersprechenden Angaben über die Harnsäureausscheidung im Verlauf der Leukämie, besonders bei der Röntgentherapie derselben, hin. Es scheint, dass hier die Verhältnisse verschieden liegen, je

nachdem es sich um myelogene oder lymphatische Leukämie handelt. Im prägonalen Studium scheinen besonders hohe Harnsäureausscheidungen beobachtet zu werden. Ferner fragt K., ob auch gleichzeitig die ClNa-ausscheidung kontrolliert wurde.

Fick: Aus dem Vortrag geht hervor, dass man für eine grosse Zahl von Lymphdrüsenerkrankungen, die man bisher als Pseudoleukämie bezeichnete, eine andere Bezeichnung wählen müsste. Jedenfalls gehören die Fälle der echten Pseudoleukämie zu denen, die man chirurgisch nicht in Angriff nehmen darf. Sehr häufig scheint es sich bei den chirurg. behandelten Drüsenhyperplasien doch um tuberkulöse Prozesse zu handeln.

Moritz: Bezüglich der Harnsäureausscheidung können wir in unserem Fall, da er damals ambulatorisch behandelt wurde, nur soviel sagen, dass die Harnsäureausscheidung meist um 1 gr. täglich schwankte, jedoch bei schnellem Abfall der Lymphocytenzahl im Blut beträchtlich stieg. So z. B. bei einem in 3 Tagen beobachteten Zurückgehn der Leukocyten von 24.000 auf 10,000 — stieg die tägliche Harnsäuremenge auf 2,3 gr. Die Kochsalzausfuhr wurde nicht kontrolliert.

Bezüglich der sog. Hodgkin'schen Krankheit, der alten sogen. Pseudoleukämie, wäre eine neue Bezeichnung wünschenswert, doch bin ich nicht in der Lage einen präzisen Vorschlag machen zu können. Wo die Aetiologie klar ist, könnte man von Lymphoma tuberculosum seu gummosum, in den übrigen Fällen von Hodgkin'scher Krankheit sprechen. Den Namen Pseudoleukämie soll man für die Fälle reservieren, die klinisch wie pathologisch-anatomisch der Leukämie wesensgleich sind und sich nur in ihrem Blutbefund von letzterer unterscheiden.

3. **Fuhrmann** demonstriert den Darm eines Kindes, welches an Hirschsprung'scher Krankheit (Megalocolon congenitum) zu Grunde gegangen war.

Tagesnachrichten.

Personalia.

— Goldenes Doktorjubiläum. Der Professor der Anatomie an der Universität Bonn Dr. Adolf Freiherr v. la Valette St. George beging am 1. August sein 50-jähriges Doktorjubiläum. Der Gelehrte ist 76 Jahre alt.

— Der bekannte Irrenarzt Sanitätsarzt Dr. Karl Edel feierte vor kurzem seinen 70. Geburtstag. Er ist seit 1860 als Arzt tätig und gründete 1869 in Charlottenburg die noch heute von ihm geleitete Irrenanstalt.

— Die medizinische Fakultät der Universität Giessen hat anlässlich des 300-jährigen Jubiläums der Universität dem Professor der Philosophie in Würzburg Dr. Oswald Külpe, Direktor des dortigen Instituts für experimentelle Psychologie, sowie dem Chef der bekannten chemischen Fabrik E. Merck in Darmstadt, Komerzienrat Dr. Louis Merck, die medizinische Doktorwürde honoris causa verliehen.

— Unserem Landsmann, dem im Dienst des deutschen Reiches in Afrika stehenden Bezirksamtmann Dr. med. Hermann Kersting, ist vom deutschen Kaiser der Rang eines Regierungsrates verliehen worden — als Anerkennung der vortrefflichen Dienste, die er dem deutschen Reiche in der fernen Kolonie geleistet hat. Dr. Kersting, der aus Riga gebürtig ist, studierte von 1884 bis 1888 Medizin in der Dorpater Universität, worauf er seine Studien im Auslande fortsetzte.

— Professor Dr. Snellen in Utrecht hat vor kurzem sein 30-jähriges Jubiläum als Professor gefeiert.

— Der verdiente Hygieniker und Kinderarzt Prof. Dr. Philipp Bieder in Strassburg, Chef des Medizinalwesens von Elsass-Lothringen, tritt aus Gesundheitsrücksichten in den Ruhestand.

— Der Nachfolger Bergmanns Professor Dr. August Bier an der Berliner Universität ist nun auch zum ordentlichen Professor der Chirurgie an der Kaiser Wilhelms-Akademie für das militärärztliche Bildungswesen ernannt worden.

— Der berühmte Augenarzt Dr. E. F. Collins ist zum Vizekanzler der Londoner Universität gewählt worden. Es ist dies das zweite Mal seit Bestehen der Universität, dass die Würde des Vizekanzlers einem Arzte verliehen wurde. Der Vizekanzler führt die Geschäfte der Universität und den Vorsitz bei den Versammlungen des akademischen Senats und bei den Prüfungen, während der Lord-Chancellor (gewöhnlich ein hoher Aristokrat, Minister etc.) die Universität bei festlichen Anlässen repräsentiert.
(A. m. C.-Ztg.)

— Als Nachfolger des nach München berufenen Professors Dr. Doederlein auf dem Lehrstuhl der Frauenheilkunde in Tübingen ist der Direktor der Frauenklinik der städtischen Krankenanstalten in Düsseldorf Dr. H. Sellheim in Aussicht genommen.

Nekrologe:

— Verstorben sind: 1) In Kaluschin (Gouv. Warschau) der dortige Arzt Dr. Lucian Marecki im Alter von 30 Jahren. Seine ärztliche Praxis begann der Verstorbene i. J. 1902 im Flecken Stanislawow des Warschauer Gouvernements. 2) In Cassel der Senior der dortigen Aerzte Geh. Medizinalrat a. d. Dr. Albert Weiss im 77. Lebensjahre. Der Hingeschiedene hat sich nicht nur als medizinischer Schriftsteller, sondern auch als Dichter und Uebersetzer slavischer Dichtungen bekannt gemacht. 3) In Ann Arbor (Michigan) der frühere langjährige Professor der Zahnheilkunde an der Berliner Universität Dr. Willoughby D. Miller an den Folgen einer Blinddarmoperation im 55. Lebensjahre. In Amerika im Staate Ohio geboren, studierte er an der nordamerikanischen Universität Ann Arbor, dann in Edinburg und Berlin und folgte 1884 einem ehrenvollen Rufe als Lehrer der konservierenden Heilkunde an das neugegründete zahnärztliche Universitätsinstitut. 1888 erlangte er in Berlin den medizinischen Doktorgrad und wurde 1892 zum ausserordentlichen Professor der medizinischen Fakultät in Berlin befördert. Vor etwa einem Jahre folgte er einem Rufe als Professor der Zahnheilkunde an die Universität Ann Arbor, an der er selbst einst seine erste Ausbildung genossen hatte. Miller genoss einen bedeutenden Ruf als Zahnarzt und hat sich auch als Schriftsteller in seinem Fache bahnbrechend betätigt. Seine Hauptschriften sind: «Die Mikroorganismen der Mundhöhle» und sein «Lehrbuch der konservierenden Heilkunde». 4) In Utrecht der frühere Professor der Anatomie an der dortigen Universität Dr. W. Koster.

Von Universitäten und med. Instituten.

— Anlässlich der gegen den Rektor der Odessaer Universität Prof. Santschewski und den Prorektor dieser Universität Prof. Woiskowski eingeleiteten Untersuchung, welche Vergehen betrifft, die in den §§ 339 und 341, Pkt. 2, und 362 des Strafgesetzes vorgesehen sind, hat der Unterrichtsminister beim Senat beantragt, dass beide ihrer Aemter enthoben werden. Der Senat hat auch bereits die Amtsenthebung der genannten beiden Personen verfügt.

— Die freien Hochschulkurse in St. Petersburg, welche bekanntlich von dem Anatom Prof. Dr. Lesshaft geleitet wurden, sind, auf Initiative des Ministers des Innern, vom Minister der Volksaufklärung geschlossen worden, weil von diesen Kursen aus eine umfassende revolutionäre Propaganda betrieben wurde und in ihnen sogar die Pläne für mehrere terroristische Verbrechen entworfen worden sind. Bei einer Haussuchung im Gebäude der Hochschulkurse wurden u. a. 50 Pud illegaler Literatur und 1 Pud Lettern gefunden.

Standesangelegenheiten.

— Der Dirigirende Senat hat die Erklärung abgegeben, dass der Artikel 44 des Ustaws über Dienstrechte, welcher verbietet, solche Personen in den Staatsdienst aufzunehmen, die ein solches Recht nach dem allgemeinen Gesetz nicht besitzen, sich nicht auf den medizinischen und pharmazeutischen Teil bezieht, wenn diese Personen die für den Staatsdienst erforderlichen Kenntnisse und Eigenschaften besitzen. (Her.).

— Die eben fertiggestellte fällige Nummer der «Medizinischen Chronik der Charkower Gouvernementslandschaft» ist konfisziert worden.

— Der Ordinator der Gebärabteilung des städtischen Alexanderhospitals in Kiew, Dr. Iwanow, welcher von einer Kranken im Hospital Zahlung für eine Operation verlangt und die Operation nicht früher ausgeführt hatte, als

bis die geforderte Summe bezahlt worden war, ist auf Antrag der Revisionskommission vom Stadthaupt bis zu seiner Rehabilitirung durch das Gericht vom Amte suspendiert worden.

— In Narwa wurde vor Kurzem der Student der militärmedizinischen Akademie A. Perenson als Revolutionär arretiert.

— Aerztliche Studienreise. Wie das Berliner Komitee zur Veranstaltung ärztlicher Studienreisen mitteilt, wird die diesjährige ärztliche Studienreise kurz vor der Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte fast ganz zu Schiff gemacht werden. Die Teilnehmer versammeln sich in Berlin bereits am 1. September (19. August a. St.) Morgens 9 Uhr im «Kaiserin Friedrich-Haus für das ärztliche Fortbildungswesen» zu einer Eröffnungssitzung, an welche sich die Besichtigung städtischer Krankenhäuser, hygienischer Einrichtungen u. s. w. nach Wahl anschliesst. Am 2. September (20. Aug.) Morgens verlassen die Teilnehmer Berlin per Extrazug, besteigen in Warnemünde den für die ganze Reise gecharterten Dampfer und besuchen die Ostseebäder, sowie Rügen, Bornholm, Wisby auf Gotland, Stockholm und Kopenhagen. Die Reise endet am 16. (3.) September Mittags in Stettin. Der Preis für die ganze Reise incl. Fahrten, Verpflegung, Quartiere (exclus. Berliner Aufenthalt, Getränke und Trinkgelder) 265 Mark. Baldige Anmeldung, welche durch Einsendung der Einschreibegebühr von 25 Mark, die auf den Gesammtbetrag verrechnet werden, perfekt wird, ist zu empfehlen, da die Teilnehmerzahl eine beschränkte ist. Anfragen sind zu richten an den Generalsekretär des Komitees Dr. A. Oliven, Berlin, Luisenplatz 2/4 (Kaiserin Friedrich-Haus).

Vereins- und Kongressnachrichten.

— Das deutsche Zentralkomitee für Krebsforschung hat sich an den Russischen Medizinalrat mit dem Vorschlag gewandt, auch in Russland ein Nationales Komitee zur Erforschung des Krebses zu bilden, welches der internationalen Gesellschaft für Krebsforschung sich angliedern könnte. Zur Ausarbeitung dieser Frage hat unser Medizinalrat eine Kommission, bestehend aus dem Direktor des Instituts für Experimental-Medizin Prof. Dr. W. Podwyssotzki als Vorsitzendem und den Mitgliedern des Medizinalrats Prof. Dr. W. Sirotinin und Dr. A. Trojanow als Gliedern der Kommission, niedergesetzt. (R. Wr.).

— Für die diesjährige (79.) Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte, welche vom 2./15.—8./21. September in Dresden tagen wird, sind zwei allgemeine Versammlungen am Montag, den 3./16. September und Freitag, den 7./20. September in Aussicht genommen. Ausserdem wird die medizinische und die naturwissenschaftliche Hauptgruppe je eine Einzelsitzung veranstalten. Geschäftsführer der diesjährigen Versammlung sind die Herren Geheimer Hofrat Prof. Dr. E. v. Meyer und Geh. Medizinalrat Prof. Dr. Leopold, Direktor der kgl. Frauenklinik in Dresden. Zur Vermittelung der Wohnungen ist ein Ausschuss tätig, der Anmeldungen entgegennimmt unter der Adresse: «Wohnungsausschuss der 79. Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte, Dresden, Hauptbahnhof (Fremdenverkehr)». Teilnehmerkarten zum Preise von 20 Mark und Damenkarten (nur gegen Ausweis einer Teilnahmekarte) zu 6 Mark werden vom 7./20. August bis 27. August (9. September) durch die Dresdener Bank (König Johannstrasse) und vom 27. August (9. September) an von der Hauptgeschäftsstelle Dresden (Technische Hochschule am Bismarckplatz) ausgefolgt. Mit der Versammlung ist eine Ausstellung naturwissenschaftlicher und medizinisch-chirurgischer Gegenstände, sowie chemisch-pharmazeutischer Präparate und naturwissenschaftlicher Lehrmittel verbunden, die in erster Linie Neuigkeiten der letzten Jahre auf diesem Gebiete umfassen soll.

Epidemiologisches.

— Cholera. In der Stadt Samara erkrankten am 29. Juli 12 Personen an der Cholera. Im ganzen sind dort seit dem Auftreten der Epidemie am 3. Juli bis zum 30. Juli 114 Cholerafälle beobachtet worden, von denen 28 einen tödlichen Ausgang hatten. Am 30. Juli wurde in das Samarasche Stadthospital ein aus einem Dorfe des Sysranschen Kreises Angereister aufgenommen, der noch am selben Tage an der Cholera verstarb. In Astrachan ist am 22. Juli ein auf einem Dampfboot aus dem Samaraschen Gouvernement angelangter Bauer, wie bakteriologisch nachgewiesen, an der Cholera verstorben.

Der in St. Petersburg am 25. Juli ins städtische Barackenhospital unter choleraverdächtigen Symptomen aufgenommene und nach wenigen Stunden verstorbene Droschkenkutscher ist nach den bakteriologisch festgestellten Resultaten nicht an der Cholera, sondern an einer bösartigen akuten Darmerkrankung verstorben. Cholerabazillen sind jedenfalls nicht konstatiert worden.

— Eine Typhusepidemie herrscht seit einiger Zeit in Helsingfors und nimmt in den letzten Wochen rapid zu. Die Zahl der Kranken betrug in den verschiedenen Hospitälern am 23. Juli 120, stieg aber bis zum 28. Juli bereits auf 276. Rechnet man die nicht geringe Zahl von Typhuskranken, welche in ihren Wohnungen verpflegt werden, hinzu, so betrug die Gesamtzahl der Kranken bis zum 23. Juli schon 300. In den Krankenhäusern sind nur noch wenige Betten frei. Die meisten Patienten gehören den ärmeren Klassen an; es sind aber auch einige Personen, die in guten hygienischen Verhältnissen leben, erkrankt, so ein Pastor und seine Frau. Bisher sind 6 Personen an dieser Krankheit gestorben. — (Pet. Ztg.)

Bf.



Adressen von Krankenpflegerinnen:

Frl. Pauline Winkel, Конногвардейскій переулокъ 4, кв. 2.

Herausgeber Dr. Rudolf Wanach. Buchdruckerei v. A. Wienecke Katharinenhofer Pr. № 15.

XXXII. JAHRGANG. ST. PETERSBURGER Neue Folge XXIV. Jahrg.

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Redaktion von

Prof. Dr. Karl Dehio. Dorpat.

Dr. Johannes Krannhals. Riga.

Dr. Rudolf Wanach. St. Petersburg.

Die „St. Petersburger Medizinische Wochenschrift" erscheint jeden Sonnabend.—Der Abonnementspreis ist in Russland 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr inkl. Postzustellung; in den anderen Ländern 20 Mark jährlich, 10 Mark halbjährlich. Der Insertionspreis für die 3mal gespaltene Zeile in Petit ist 20 Kop. oder 45 Pfen.—Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt. —Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.

Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate bittet man ausschliesslich an die Buchhandlung von K. L. Ricker in St. Petersburg, Newsky-Prospekt № 14, zu richten. — Manuskripte sowie alle auf die Redaktion bezüglichen Mitteilungen bittet man an den geschäftsführenden Redakteur Dr. R. Wanach in St. Petersburg, Petersb. Seite, Alexandrowski Pr. 6 zu richten. Sprechst. Dienstag, Donnerstag und Sonnabend 5—6.

№ 32 St. Petersburg, den 11. (24.) August. 1907.

Zur operativen Entfernung von Fremdkörpern aus dem Ohr.

Von

Dr. med. J. Vierhuff-Dünaburg.

Vortrag gehalten am 4. Juli 1907 im Vereine der Aerzte des Illuxt'schen Kreises und Umgegend.

M. H.! Wie Sie wissen werden die leblosen Fremdkörper aus dem äusseren Gehörgang in der grossen Mehrzahl der Fälle durch Ausspritzen mit einer geeigneten grösseren Spritze entfernt. Der alte erfahrene Berliner Ohrenarzt Lucae [1]) giebt an, dass er in noch unberührten Fällen damit stets zum Ziele gelangt ist.

Nun bekommt aber der Ohrenarzt die meisten Fälle nicht unberührt zu sehen, sondern erst dann, wenn der Fremdkörper durch vorausgegangene Extraktionsversuche tief in den geschwollenen Gehörgang hineingestossen ist; und es wird wohl stimmen, wenn Zaufal [2]) resp. Schwarze [3]) nach statistischen Zusammenstellungen angeben, dass unter 6 bezüglich 5 Fällen einmal die instrumentelle resp. operative Entfernung nötig wird. Der hineingestossene Körper sitzt gewöhnlich in der Nische, welche das Trommelfell mit der vorderen unteren Wand des Gehörganges bildet; das Trommelfell kann dabei unverletzt bleiben, ist jedoch meist durch die Extraktionsversuche bereits perforiert. So war es auch in dem von mir beobachteten und am 8. Juni a. c. operierten Falle, über welchen ich Ihnen heute Bericht erstatten will:

M. L. $1^1/_2$ a. n. hatte sich am Tage vorher dieses Steinchen (wird vorgezeigt) ins rechte Ohr gesteckt, und es waren schon von einem Arzt und einem Feldscher Extraktionsversuche gemacht worden. Der Kollege hatte unter anderen auch die alte sogen. agglutinative Methode angewandt (mit Syndeticon), die schon 1845 von Lincke [4]) in seinem Lehrbuch der Ohrenheilkunde Erwähnung findet: ein Bostoner Mechaniker Blake klebte einen in Schellacklösung eingetauchten Baumwollpinsel an einen im Gehörgang sitzenden Stein an und zog letzteren auf diese Weise heraus. Loewenberg [5]) 1872 machte es mit Tischlerleim.

Das Steinchen sass tief im Gehörgang, und bei vorsichtiger Sondierung kam ich neben demselben auf rauhen Knochen, das Trommelfell war bereits perforiert; während die 3 mm. breite Spitze des 7 mm. hohen fast konischen Steinchens in den Gehörgang hineinragte, war seine 7 mm. breite Basis fest in der Paukenhöhle eingekeilt.

Es war mir sofort klar, dass hier ohne operativen Eingriff nichts auszurichten war. Nach Einleitung der Narkose machte ich noch einige vergebliche Extraktionsversuche mit der winklig abgebogenen kleinen Kornzange (Storchschnabel), die die konische Spitze des Steinchens wohl fasste, aber immer abglitt, und mit einer an der Spitze etwas abgebogenen Sonde, mit welcher ich den Stein aus seiner Höhle herauszuheben suchte.

Dann machte ich den schon von Paul von Aegina [6]) empfohlenen Schnitt hinter der Ohrmuschel, klappte dieselbe nach vorn und hatte jetzt wenigstens einen geraden Weg zum Fremdkörper, der immer noch sehr tief lag. Auch jetzt noch wollte die Extraktion nicht gelingen, das konische Ende wich immer aus, das Steinchen bewegte sich wie in einem Kugelgelenk; erst als es mir gelang durch eine an der einen Seite eingeführte Sonde die ausweichende Bewegung der Spitze zu verhindern, wurde der Fremdkörper mit dem Storchschnabel zu Tage gefördert. Die Wunde wurde vernäht und heilte per primam, der Gehörgang locker tamponiert, sezernierte beim Verbandwechsel ziemlich reichlich. Ob die Ohreiterung aufgehört hat, kann ich nicht angeben, da ich die kleine Patientin nach dem 3. Verbandwechsel nicht mehr gesehen habe.

Ausser dem Schnitt hinter der Ohrmuschel kann auch der Schnitt oberhalb der Ohrmuschel angelegt werden, v. Tröltsch [7]) findet den letzteren.

namentlich bei Kindern, aus anatomischen Gründen geeigneter.

Aber keineswegs in allen Fällen führt dieses Operationsverfahren (der eine oder der andere Schnitt) zum Ziele, das beweisen die Fälle von Bezold [8]), Weinlechner [9]) u. a. In dem Falle von Bezold war ein Johannisbrodkern bei den Extraktionsversuchen eines Arztes durch das Trommelfell in die Paukenhöhle gestossen und mit seiner Spitze in das Ostium tympani eingedrungen. Er sass dort so fest, dass er selbst an der Leiche durch kräftiges Vorschieben einer Sonde durch die Tube nicht gelockert werden konnte. Bezold hatte schliesslich auch das Antrum eröffnet, um den Fremdkörper durch einen Wasserstrahl in den Gehörgang zu spülen, was durch das Festsitzen in der Tube vereitelt wurde. Bezold schlägt vor eventuell die hintere Wand des Gehörganges wegzumeisseln. Aber auch das dürfte in vielen Fällen nicht genügen und schliesslich nichts übrig bleiben als durch die Radikaloperation sämmtliche Räume des Mittelohres freizulegen. (Lucae).

Literatur:

1) Lucae, Eulenburg, Real-Encyklopädie, III. Auflage, Band XVII. pag. 460.
2) Zaufal, Prager Med. Wochenschrift 1881, Nr. 35—40.
3) Schwarze, Die chirurg. Krankheiten des Ohres. 1885 Cap. VII.
4) Lincke, Handbuch d. Ohrenheilkunde 1845 II pag. 585.
5) Loewenberg, Berl. Klin. Wochenschr. 1872 Nr. 9.
6) Paul von Aegina vergl. Lincke a. a. O. p. 586.
7) v. Tröltsch, Lehrb. d. Ohrenheilkunde 6. Aufl. 1877 pag. 121.
8) Bezold, Berlin. Klin. Wochenschr. 1888, Nr. 26 u. 27.
9. Weinlechner, Wiener Spitalzeitung, 1862 pag. 254.

Protokolle des III. Aerztetages der Estländischen Aerztlichen Gesellschaft am 3., 4. und 5. November 1906 zu Reval.

Programm.

Freitag, den 3. November, 11 Uhr Vormittags.

Versammlung im Saal des Revaler Klubs.

I. Sitzung von 11—2 Uhr.

1. Eröffnung durch den Präses.
2. Rechenschaftsbericht des Vorstandes.
3. Festsetzung der Zeit und des Ortes des IV. Aerztetages.
4. Festsetzung des Ortes der Verwaltung.
5. Wahl der Glieder des Vorstandes.
6. Festsetzung der Höhe des Mitgliedsbeitrages und Antrag des Kassenvorstehers.
7. Herr v. Wistinghausen: Ueber die vom Landtage 1905 in Estland eingeführte Sanitätsreform.
8. Herr Kupfer-Kuda: Referat der Kommission für Bearbeitung sanitärer Fragen.
9. Herr Kusik-Reval: Bericht der Kommission behufs Einleitung der vorbereitenden Schritte zur Gründung eines Vereins zur Bekämpfung der Tuberkulose in Estland.

II. Sitzung von 1/26—8 Uhr.

Vorträge:

1. Herr Harms-Reval: Ueber die Wirkung einiger Alkaloide auf Harnsäurebildung und -ausscheidung im menschlichen Organismus.
2. Herr Stillmark-Pernau: Demonstration eines neuen Blutdruckmessers.
3. Herr von Kügelgen-Seewald: Ueber die Behandlung Geisteskranker.
4. Herr Greiffenhagen-Reval: Demonstration von Röntgenbildern.
5. Herr Baron Keyserlingk-Reval: Eclampsie.

Sonnabend, den 4. November.

III. Sitzung von 10—2 Uhr.

1. Demonstration von Patienten, Präparaten, Apparaten etc.
2. Kleinere Mitteilungen.

IV. Sitzung von 1/2 6—8 Uhr.

Vorträge:

1. Herr Kupfer-Kuda: Mitteilungen aus dem Gebiet der Estländischen Leprafrage.
2. Herr Schröter-Asserien: Eine Ruhrepidemie im Sommer 1906.
3. Herr Sohrt-Reval: Die sanitäre Tätigkeit auf der Fahrt des zweiten Geschwaders bis zur Schlacht bei Tsuschima.
4. Herr Thomson-Reval: Die Wirkung der subkutanen Ameisensäure-Injektion bei Lungentuberkulose.

Sonntag, den 5. November, von 10 bis 12 Uhr.

Besuch der Irrenanstalt „Seewald".

V. Sitzung von 12—2 Uhr. (Revaler Klub)

Vorträge:

1. Herr Hirsch-Reval: Einige Bemerkungen zur Diagnose der Hysterie.
2. Herr Greiffenhagen-Reval: Ueber chirurgische Eingriffe zur Entfernung von Fremdkörpern aus den oberen Luft- und Speisewegen.
3. Herr von Middendorff-Reval: Ueber Hornhauterkrankungen.
4. Beratung über die Statuten der Gesellschaft.
5. Beratung etwaiger Instruktionen für die Verwaltung.
6. Verlesung des Protokolls.
7. Schluss des III. Aerztetages.

Sonntag Nachmittag um halb 5 Uhr im Revaler Klub:

Jahresversammlung der Revaler Filiale des St. Petersburger Aerztlichen Vereins zur gegenseitigen Hilfeleistung.

6 Uhr Nachm.: Gemeinsames Mittagessen.

I. Sitzung.

Freitag, den 3. November von 11—2 Uhr Nachmittags.

1. Der Präses eröffnet den III. Aerztetag mit einer Ansprache.

2. Der Präses erstattet nachfolgenden Rechenschaftsbericht:

M. H.! Laut Punkt 3 des Protokolls des 2. Aerztetages der Estländischen Aerztlichen Gesellschaft beschloss die Versammlung den nächsten Aerztetag Ende Oktober, resp. Anfang November 1905 in Reval stattfinden zu lassen. In Folge des Umstandes jedoch, dass durch den Krieg sehr viele Kollegen vom Lande abwesend waren und die zurückgebliebenen grössere Bezirke zu versorgen hatten und daher schwerer hätten abkommen können, so wie in Folge der ungewissen Verhältnisse im Allgemeinen, entschloss sich der Vorstand an den Herrn Gouverneur das Gesuch zu richten, er möge gestatten, den im Statut der Estländischen Aerztlichen Gesellschaft vorgesehenen jährlichen Aerztetag für das Jahr 1905 ausfallen zu lassen.

M. H.! Sie werden sich erinnern, dass in Folge eines Gutachtens der vorbereitenden Kommission zur Frage der Reorganisation des Sanitätswesens auf dem Lande in Estland von dem Herrn Ritterschaftshauptmann an die Estländische Aerzt-

liche Gesellschaft das Ersuchen gerichtet wurde: a) eine Instruktion für die Tätigkeit von landschaftlichen Sanitätsärzten auszuarbeiten; b) ein Gutachten darüber abzugeben, ob die Anstellung von Sanitätsärzten mit einem Gehalt von 500 Rbl. jährlich (besonders in nahstädtischen Bezirken) auch ohne Anlehnung an bestehende Aerzteverbände durchführbar wäre; c) eine Taxe für die freie Praxis (besonders unter dem Landvolk) zu entwerfen für Landärzte, die ausser dieser freien Praxis ein Einkommen von ca. 1900 Rbl. (inklus. Wohnung aber exkl. Anspann) als Bezirks- und Sanitätsärzte (aber von 500 Rbl. als Sanitätsärzte allein) beziehen würden; d) desgleichen eine Taxe in Vorschlag zu bringen für die Praxis von Hebammen, die ein festes Einkommen von 150 Rbl. jährlich beziehen.

Auf Grund des auf dem II. Aerztetage von Dr. Kupffer erstatteten Kommissionsberichts: zur Reorganisation des Sanitätswesens auf dem Lande und der im Protokoll des II. Aerztetages veröffentlichten eingehenden Diskussion hat die Vertretung der Estl. Aerztl. Gesellschaft dem Herrn Ritterschaftshauptmann am 3. Nov. 1904 folgendes Antwortschreiben übersandt:

An Se. Excellenz

den Herrn Estländischen Ritterschaftshauptmann

Baron E. Dellingshausen.

3. November 1904.

In Beantwortung Ew. Excellenz Schreiben vom 3. April 1904 sub Nr. 258 habe ich die Ehre, Ev. Excellenz mitzuteilen, dass am 24., 25. und 26. September der 2. Aerztetag der Estländischen Aerztlichen Gesellschaft stattgefunden hat, auf welchem die im obigen Schreiben unter a, b, c, d und im beigefügten Gutachten der vorbereitenden Kommission VI, I genannten Punkte während der Diskussion über einen Entwurf für eine Sanitätsreform im Gouvernement Estland einer eingehenden Besprechung unterzogen worden sind. Bereits auf dem ersten Aerztetage der Estländischen Aerztlichen Gesellschaft vom 11. Oktober 1902 hielten es die versammelten 54 Aerzte für wünschenswert, zum Behuf von Materialsammlung und Ausarbeitung von Vorschlägen für eine von der Landesverwaltung etwa einmal für notwendig zu befindende Reorganisation des landischen Sanitätswesens, eine Kommission einzusetzen. Mit um so grösserer Freude begrüsste die Estländische Aerztliche Gesellschaft die Tatsache, dass die Landesverwaltung schon jetzt der Frage einer Sanitätsreform nahe getreten sei.

Die im vorigen Jahre vom Aerztetage gewählte Kommission berichtete am 24. Sept. 1904 über die Vorschläge, die sie in Betreff einer Reorganisation des Sanitätswesens empfehlen könne. Dieselben erwiesen sich im Grossen und Ganzen conform denjenigen, welche von der vorbereitenden Kommission ausgearbeitet und von Ev. Excellenz der Estländischen Aerztlichen Gesellschaft als Beilage zum Schreiben vom 3. April freundlichst zur Einsicht übersandt worden sind.

Entsprechend dem vorliegenden Gutachten hält die Estländische Aerztliche Gesellschaft die in demselben enthaltenen Reformvorschläge nicht allein für notwendig, d. h. einem Bedürfniss entsprechend, auch falls an manchen Orten ein solches nicht empfunden werden sollte, sondern auch für durchführbar und segensreich, soweit sie sich vom medizinischen Standpunkt beurteilen lassen.

Infolgedessen beschloss der 2. Estländische Aerztetag, Sr. Excellenz dem Herrn Ritterschaftshauptmann und der vorbereitenden Kommission die Sympatien der Estl. Aerztl. Gesellschaft für den, ihr mitgeteilten Entwurf zu einer Reorganisation des Sanitätswesens im Gouvernement Estland auszusprechen, wovon ich die Ehre habe, Ew. Excellenz hierdurch Mitteilung zu machen.

Ad. p. a. (cf. VI, 1, a des Gutachtens) schlägt der 2. Aerztetag der Estländischen Aerztlichen Gesellschaft folgende Instruktionen vor:

Instruktionen für die Tätigkeit von Landschaftsärzten Conf. Protokoll der II. und IV. Sitzung des 2. Aerztetages der Estländischen Aerztlichen Gesellschaft.

A. Allgemeine Regeln.

§ 1. Der Landschaftsarzt ist als offizieller Sanitätsbeamter für einen der Landessanitätsbezirke angestellt, in welchem er dem gesammten Sanitätswesen vorsteht. Er ist der sog. ständigen Landessanitätskommission untergeordnet und wird von der Vertretung der Ritter- und Landschaft angestellt.

§ 2. Der Landschaftsarzt ist als Leiter des Sanitätswesens seines Bezirks verpflichtet, den Gutsinhabern, Gemeindevertretern und anderen Beamten und Privatpersonen in seinem Bezirke in Beziehung auf sanitäre Mängel unentgeltlich Auskunft und Ratschläge zu erteilen.

§ 3. Der Landschaftsarzt ist verpflichtet, einen jährlichen Rechenschaftsbericht über seine Tätigkeit als Sanitätsarzt, sowie eine übersichtliche Darstellung des sanitären Zustandes seines Bezirks an die Landessanitätskommission einzusenden, abgesehen von den für jeden Arzt obligatorischen Berichten an die Gouvernements-Medizinalbehörde.

§ 4. Der Landschaftsarzt ist berechtigt jederzeit über in seinem Bezirk vorhandene sanitäre Missstände an die Landessanitätskommission zu berichten und Mittel und Wege zur Abhülfe vorzuschlagen.

§ 5. Der Landschaftsarzt hat das Recht, von den Amtspersonen seines Bezirks und deren Oberbehörden die den gesetzlichen Bestimmungen entsprechende, weitgehendste Unterstützung in Ausübung seiner amtlichen Tätigkeit zu verlangen und im Falle der Weigerung der Landessanitätskommission zu berichten.

§ 6. Dem Landschaftsarzt liegt die Leitung der von der Landschaft subventionierten Ambulanzstation ab.

§ 7. Der Landschaftsarzt führt ein Siegel und Blankette für die offizielle Korrespondenz mit der Aufschrift «Landschaftsarzt des . . . . Bezirks».

§ 8. Der Landschaftsarzt hat in sanitärer Beziehung die Aufsicht über die Schulen und Armenhäuser,

§ 9. Der Landschaftsarzt hat die Kontrolle über die Tätigkeit der Hebammen, Feldscherer und Pockenimpfer seines Bezirks, deren nächster Vorgesetzter er ist.

§ 10. Der Landschaftsarzt ist verpflichtet, über jede irgend grössere Epidemie der Landessanitätskommission Mitteilung zu machen.

§ 11. Der Landschaftsarzt hat die Aufgabe, sich möglichst genau über die Verbreitung der chronischen Infektionskrankheiten (Lepra, Trachom, Lues, Tuberkulose etc.) in seinem Bezirk zu orientieren.

§ 12. Beim Ausbruch einer Epidemie ist der Landschaftsarzt verpflichtet, sofort die Ergreifung der zur Bekämpfung notwendigen Massnahmen zu veranlassen.

(Fortsetzung folgt).

XIX. Aerztetag der Gesellschaft livländischer Aerzte in Dorpat

vom 17.—19. August 1907.

Programm:

Freitag den 17. August um 10 Uhr morgens

Eröffnung des Aerztetages

durch den dörptschen Stadtarzt

I. Sitzung von 10—1 Uhr vormittags.

1) Rechenschaftsbericht des Vorstandes.
2) Wahlen des Präses, Vizepräses, des ersten und zweiten Sekretärs und des Kassaführers (laut § 8 der Statuten).
3) Bestimmung der Zeit und des Ortes für den nächsten Aerztetag.
4) Beratung über die eventuelle Umbenennung des livländischen Aerztetags in einen baltischen.
5) Prof. Dr. Dehio: Bericht der Gesellschaft zur Bekämpfung der Lepra.
6) Dr. v. Wistinghausen-Reval: Mitteilungen über die Sanitätsreform in Estland.

II. Sitzung von 3—7 Uhr nachmittags.

1) Dr. Schabert: Herzhypertrophie bei chronischer Nephritis und Arteriosklerose.
2) Dr. Ed. Schwarz: Ueber sogen. hysterisches Fieber.
3) Dr. Sokolowski: Ueber einen Fall von Kreuzbeintumor.

4) Dr. v. Holst: Ueber Herznervosität.
5) Dr. M. Hirschberg: Elektronentheorie, Radioaktivität und Radium.
6) Dr. Engelmann: Ergebnisse der neuen Syphilisforschung.
7) Dr. K. Tantzscher: Ueber Biersche Stauung.

Sonnabend den 18. August.

III. Sitzung von 10—1 Uhr mittags.

Prof. Dr. Dehio: Hauptreferat des diesjährigen Aerztetages, Leukocytose.
2) Dr. Keilmann: Korreferat über Leukocytose in der Gynäkologie.
3) Dr. E. Masing: Zur Pathologie der Blutbildung.

Um 3 Uhr Nachmittags.

1) Jahresversammlung der Unterstützungskasse der Aerzte der livl. Abteilung des St. Petersb. ärztlichen Vereins zu gegenseitiger Hilfe.
2) Jahresversammlung der livl. Abteilung des St. Petersb. ärztlichen Vereins zu gegenseitiger Hilfe.

Sonntag den 19. August.

IV. Sitzung von 10—1 Uhr mittags.

1) Der Kampf gegen die Tuberkulose.
   a) Dr. Schabert: Ueber die soziale Bekämpfung der Tuberkulose.
   b) Dr. M. Kickuth: Ueber den gegenwärtigen Stand der Heilstättenfrage.
   c) Prof. Mag. A. Happich (a. G.) Ueber den gegenwärtigen Stand der Immunisierung.
2) Dr. Sokolowski: Ueber das Verhältnis der Blutbeschaffenheit zur Lungentuberkulose und deren Therapie.
3) Dr. H. Bosse: Zur ambulatorischen Behandlung der Lungentuberkulose.

V. Sitzung von 3—7 Uhr nachmittags.

1) Prof. Dr. Kessler: Demonstration.
2) Prof. Dr. Kessler: Ueber Uterustuberkulose.
3) Dr. Meyer: Ueber Endometritisbehandlung.
4) Dr. v. Knorre: Zur Behandlung des Gebärmutterscheidenvorfalls.
5) Dr. G. Weidenbaum: Ueber Menstruationsstörungen und Moorbäder.
6) Dr. Keilmann: Säuglingspflege im Hebammenunterricht.
7) Dr. W. Ruth: Asepsis in der Geburtshilfe.
8) Dr. W. Kieseritzky: Ueber Pasteurisierung der Milch im Haushalt.

Tagesnachrichten.

Personalia.

— Goldenes Doktorjubiläum. Vor kurzem beging in Berlin der langjährige Generalsekretär der Balneologischen Gesellschaft und Schriftführer der Hufelandschen Gesellschaft, Geh. Sanitätsrat Dr. Heinrich Brock sein 50-jähriges Doktorjubiläum. Der Jubilar begann seine ärztliche Tätigkeit in Bromberg, war dann kurze Zeit Arzt des Sanatoriums Elgersburg (bei Gotha) und wirkt seit mehr als 35 Jahren in Berlin.

— Der Inspektor des Hofmedizinalwesens, Leibchirurg des Allerhöchsten Hofes, Prof. Dr. Weljaminow, ist auf 28 Tage ins Innere des Reiches beurlaubt worden.

— Der Gehülfe des Nishni-Nowgorodschen Gouvernements-Medizinalinspektors, Staatsrat Dr. Orglert, ist zum Gouvernements-Medizinalinspektor von Kostroma ernannt worden.

— Der etatmässige Spezialarzt der Gemeinschaft barmherziger Schwestern zur Kreuzeserhöhung Dr. Weymar ist zum etatmässigen Konsultanten der genannten Gemeinschaft ernannt worden.

— Die ausserordentlichen Professoren Dr. Timaschew in Tomsk und Dr. Lebedinski in Odessa sind zu ordentlichen Professoren ernannt worden, ersterer auf dem Lehrstuhl der Pädiatrie und letzterer auf dem Lehrstuhl der Zoologie, vergleichenden Anatomie und Physiologie.

— Anlässlich der 300-jährigen Jubelfeier der Universität Giessen ist unserem Landsmann, dem aus der Stadt Fellin (in Livland) gebürtigen Professor ord. der allgemeinen Pathologie und pathologischen Anatomie und Direktor des pathologischen Instituts, derzeitigem Prorektor der genannten Universität, Geh. Medizinalrat Dr. Eugen Boström, das Hessische Komturkreuz II. Klasse des Ordens Philipps des Grossmütigen verliehen worden. Prof. Boström sollte eigentlich nach Wahl des Professorenkollegiums als Rektor während des Jubeljahres amtieren, nahm aber die Wahl nicht an.

— An Stelle des verstorbenen Professors v. Bergmann ist vom Zentralkomitee für das ärztliche Fortbildungswesen in Preussen der Kölner Chirurg Prof. Dr. Bardenheuer zum Vertreter des genannten Komitees bei der Akademie für praktische Medizin zu Cöln ernannt worden.

— Die Kliniker Prof. Müller (in München) und Prof. Krehl (in Heidelberg) erklären in einer Zuschrift an die «Nationalzeitung», dass die Gründe für die Ablehnung ihrer Berufung an die medizinische Klinik der Berliner Universität (als Nachfolger Prof. v. Leydens) nicht in dem mangelnden Entgegenkommen des preussischen Kultusministeriums zu suchen seien. Die Ablehnung sei vielmehr erfolgt, weil die Berliner medizinischen Professuren, insbesondere diejenigen der Kliniken, ein übergrosses Mass an Pflichten amtlicher und ausseramtlicher Art mit sich bringen.

— Die Würzburger medizinische Fakultät hat dem Verlagsbuchhändler Fritz Bergmann zu Wiesbaden, Inhaber des bekannten, vorzugsweise die medizinische wissenschaftliche Literatur pflegenden Verlages, den Titel eines Doktors der Medizin honoris causa verliehen.

Nekrologe:

— Verstorben sind: 1) In Batum der Eisenbahnarzt der Transkaukasischen Bahn Dr. Gregor Wolski, der am 2. August dort meuchlings ermordet wurde. Der Hingeschiedene, welcher im 48. Lebensjahre stand und seit 1887 als Arzt tätig gewesen ist, war auch Glied der Stadtverwaltung von Batum. 2) Am 21. Juli zu Moskau der freipraktizierende Arzt Dr. Sergius Jasykow im Alter von 51 Jahren. Nach Absolvierung seiner Studien an der Moskauer Universität i. J. 1878 liess er sich als praktischer Arzt in Moskau nieder, wo er auch seit vielen Jahren als Arzt an der Kumysheilanstalt von Marezki fungierte. 3) In Breslau der Bezirksphysikus Geh. Medizinalrat Prof. Dr. Joseph Jacobi im 67. Lebensjahre. Im Jahre 1879 habilitierte er sich an der Breslauer Universität als Privatdozent für Staatsarzneikunde und erhielt dort 1895 den Professortitel. Seine Publikationen betreffen die Pharmakologie, sowie die Hygiene und Medizinalstatistik. 4) In Linz der Präsident der mährischen Aerztekammer und Oberarzt an der Landeskrankenanstalt in Brünn Dr. Franz Brenner im 60. Lebensjahre. Als tatkräftiger Vorkämpfer für die Interessen des ärztlichen Standes hat er unter den österreichischen Kollegen eine führende Stellung eingenommen. Auch wissenschaftlich ist er mehrfach als Chirurg und Gynäkologe hervorgetreten. 5) In Weinsberg (Württemberg) der auch als Dichter bekannte Dr. Theobold Kerner, ein Sohn des berühmten Dichters und Arztes Justinus Kerner, im Alter von 90 Jahren. Ein Schriftsteller von schlicht liebenswürdigem, lyrischem und phantastischem Naturell, in dem die Begabung des Vaters in weichen Tönen nachhallte, ist mit ihm dahingegangen. Als Knabe und als Student lebte er all die goldenen Tage von Weinsberg mit, die sich seiner Erinnerung tief einprägten und ihm die Lebensrichtung gaben. Im Jahre 1848 nahm er an der freiheitlichen Bewegung lebhaften Anteil und musste dafür eine 10-monatige Festungshaft durchmachen. Von 1853—63 stand er in Stuttgart, dann in Cannstadt an der Spitze einer von ihm begründeten galvano-magnetischen Heilanstalt, später lebte er als Arzt in der Heimatstadt, gab sich aber in höherem Alter immer ausschliesslicher seinen literärischen Neigungen hin. Sinnige Gedichte, Märchen und

Erzählungen, Betrachtungen des Naturlebens, ein Singspiel und ein Lustspiel («Pastor Staber oder der neue Ahasver») sind dieser Seite seiner Tätigkeit zu danken. Auch als ärztlicher Schriftsteller («Galvanismus und Magnetismus als Heilkraft») ist er — hier, wie in anderen Richtungen der väterlichen Ueberlieferung treu — hervorgetreten.

Von Universitäten und med. Instituten.

— Wie wir seinerzeit mitteilen, wurden am 19. März d. J. in der militär-medizinischen Akademie zwei Studenten, welche zum Verbande des russischen Volkes gehörten, während einer Vorlesung des Prof. Tereschin von einer Anzahl freisinniger Kameraden überfallen und tätlich misshandelt. Infolgedessen wurden am 1. April 40 die an dieser Affaire beteiligten Studenten auf Befehl des Kriegsministers ausgeschlossen. Das Gesuch der Konferenz der Akademie um Milderung des Schicksals dieser aus der Akademie ausgeschlossenen 40 Studenten ist nun vom Kriegsminister unberücksichtigt gelassen worden. Der Kriegsminister hat der Konferenz jedoch gestattet, die Angelegenheit nur einiger der ausgeschlossenen Studenten nochmals zu prüfen und sich dann mit einem Gesuch um deren Wiederaufnahme in die Akademie an ihn zu wenden, jedoch nur in solchem Falle, wenn die betreffenden Studenten an dem Inzident völlig unbeteiligt gewesen sind.

— In der militär-medizinischen Akademie haben von den 600 Aspiranten, entsprechend der Zahl der Vakanzen, nur 80 in die Zahl der Studierenden aufgenommen werden können, und zwar fast ohne Ausnahme nur solche, die das Gymnasium mit der goldenen Medaille absolviert haben.

— Das Berliner Institut zur Erforschung der Krebskrankheit, das auch nach dem Rücktritt Prof. v. Leydens von der Leitung der ersten medizinischen Klinik der Charité ihm unterstellt blieb, wird zum 1. Oktober eine bedeutende Erweiterung erfahren, da in einem der an die Charité angrenzenden Häuser der Luisenstrasse grössere Räumlichkeiten zu Laboratorien für das Institut umgebaut werden sollen.

— In der Stadt Astrachan wird vom Ministerium des Innern ein bakteriologisches Laboratorium eingerichtet, welches die Aufgabe haben soll, alle bakteriologischen Untersuchungen behufs Feststellung des Charakters von cholera- und pestverdächtigen Erkrankungen im Gouvernement Astrachan und den benachbarten Gebieten zu bewerkstelligen und durch beständige wissenschaftliche Untersuchungen die Bedingungen und die Wege der Ausbreitung epidemischer Krankheiten in diesem Rayon zu erforschen. Der Chef des Laboratoriums wird auf Vorstellung des Obermedizinalinspektors, dem dieses Institut direkt unterstellt ist, aus der Zahl der Aerzte ernannt, welche in der Bakteriologie und Epidemiologie eine spezielle wissenschaftliche Ausbildung besitzen. Der Gehülfe des Chefs und ein Feldscher werden auf Vorschlag des Laboratoriumschefs vom Obermedizinalinspektor angestellt.

Standesangelegenheiten.

— Aus Nishni-Nowgorod ist der Ordinator der dortigen Irrenanstalt Dr. M. G. Falk wegen politischer Umtriebe nach Sibirien verbannt worden.

— In der letzten Zeit sind wieder mehrere Aerzte auf administrative Verfügung aus dem Dienst entlassen worden, denen Beteiligung an politischen Umtrieben zur Last gelegt wird. So ist der Arzt des Landschaftskrankenhauses im Kirchdorfe Schablowo, Dr. Grigorjew auf Anordnung des Moskauer Gouverneurs entlassen worden. — Im Gouvernement Jenisseisk ist der Bezirksarzt des Kanskschen Kreises Dr. Stefanowitsch vom örtlichen Gouverneur abgesetzt und zur gerichtlichen Verantwortung gezogen worden. — Im Gouv. Perm ist auf Drängen der Gendarmerieverwaltung der Eisenbahnarzt der Permschen Eisenbahn Dr. N. Ssutorichin aus dem Eisenbahndienst entlassen worden.

— Unter den 51 Angeklagten, welche wegen ihrer Zugehörigkeit zur Militärorganisation beim Petersburger Komitee der russischen sozialdemokratischen Arbeiterpartei zur kriminellen Verantwortung gezogen werden, befindet sich auch ein jüngerer Militärarzt F. W. Gussarow.

— Der jüngere Ordinator des städtischen Alafusowhospitals, Dr. N. A. Iwanow, welcher während der Unordnungen in diesem Hospital, vom St. Pet. Stadtamt aus dem Dienst entlassen wurde, hat wieder seine frühere Stellung dort eingenommen, da bei einer erneuten Untersuchung durch das Stadtamt sich herausgestellt haben soll, dass ihm damals Unrecht geschehen sei.

Epidemiologisches.

— Die Cholera breitet sich immer weiter aus. In der Stadt Samara erkrankten am 6. August 6 Personen und starben 4. Seit dem Ausbruch der Epidemie bis zum 6. August wurden dort 174 Choleraerkrankungen mit 63 Todesfällen konstatiert. In der Stadt Astrachan tritt die Seuche recht heftig auf, es sind dort sowohl am 5. als auch am 6. August jedesmal 14 Personen erkrankt, also mehr als in der grösseren Stadt Samara täglich. Im ganzen sind dort bereits 80 Choleraerkrankungen mit 23 Todesfällen vorgekommen. Auch aus Stawropol werden seit dem 26. Juli Erkrankungen an der Cholera gemeldet. Bis zum 6. August gab es dort 13 Cholerakranke, von denen 10 gestorben sind. Vereinzelte Cholerafälle wurden auch in anderen Wolgastädten konstatiert und es sind die Gouvernements Tambow, Kostroma und Jaroslaw für cholerabedroht erklärt worden.

In St. Petersburg ist bis jetzt noch kein Cholerafall vorgekommen, da alle gemeldeten choleraverdächtigen Fälle sich nachträglich als gewöhnliche Gastroenteritiden erwiesen haben. Es sind aber von unserer Stadtduma bereits 50,000 Rbl. für Massnahmen gegen die Cholera bewilligt worden. Davon sind 10,000 Rbl. bereits der städtischen Sanitätskommission zur Verfügung gestellt. Zu Beginn dieser Woche sind auch die städtischen Sanitätskuratorien in Funktion getreten. Den Kuratoren stehen Aerzte resp. Studenten der Medizin zur Verfügung.

Verschiedene Mitteilungen.

— Die Karzinomliteratur, herausgegeben von Dr. Anton Sticker in Berlin hat soeben ihren vierten Band abgeschlossen.

Sie giebt ein übersichtliches Bild über den Umfang, welchen die Krebsforschung in den letzten fünf Jahren genommen. Gemäss den Literaturverzeichnissen erschienen seit 1902 3395 besondere Arbeiten auf dem Gebiete der bösartigen Geschwülste; von diesen waren 1960 in deutscher, 607 in englischer, 549 in französischer, 113 in italienischer, 70 in russischer (einschliesslich polnischer), 37 in nordischer (dänischer, norwegischer und schwedischer), 22 in spanischer, 16 in holländischer, 9 in magyarischer, 7 in portugiesischer, 3 in japanischer, 2 in griechischer Sprache abgefasst.

Die gewissenhafte, inhaltreiche Besprechung der wichtigsten Arbeiten, sowie ausführliche Autoren- und Sachregister machen die vier Jahrgänge zu einem für jeden Arzt nutzbringenden, für jeden Forscher auf diesem besonderen Gebiet der Medizin unentbehrlichen Nachschlagewerk.

— Heilstätten für die Bekämpfung der Tuberkulose hat Deutschland allein in einer Anzahl, welche die Gesamtheit aller in Europa vorhandenen Heilstätten übertrifft.

Nach dem letzten Geschäftsbericht des deutschen Zentralkomitees zur Bekämpfung der Tuberkulose bestehen zurzeit in Deutschland 87 Volksheilstätten mit 8422 Betten und 35 Privatheilstätten mit 2118 Betten. Im Bau sind weitere 11 Volksheilstätten mit 800 Betten. Ausserdem bestehen zur Unterbringung ausgesprochen tuberkulöser Kinder 17 Anstalten mit 650 Betten und für skrophulöse Kinder 67 Anstalten mit 6092 Betten. Auch die Fürsorge für Schwerkranke ist in stetigem Fortschritt begriffen. Es giebt bis jetzt 10 besondere Pflegeheime und 2 weitere sind im Bau; dazu kommen noch 67 Walderholungsstätten und 2 ländliche Kolonien.

— Zur Atoxylbehandlung der Syphilis. Im Verein für innere Medizin in Berlin ist die Atoxylbehandlung

bei Syphilis (cfr. Nr. 29, S. 286) der Gegenstand lebhafter Erörterungen gewesen. Prof. Dr. Lesser, dirigierender Arzt an der Charité, berichtete über 28 Fälle, die er mit dem neuen Mittel behandelt, wobei er in verschiedenen Fällen einen raschen Erfolg beobachtet hat. In anderen Fällen zeigte sich die Wirkung erst nach einiger Zeit. Man wird nach Lessers Ansicht das Atoxyl namentlich überall da heranziehen dürfen, wo das sonst übliche, stark wirkende Quecksilber nicht vertragen wird. Ein abschliessendes Urteil ist zurzeit über das Mittel noch nicht möglich.

Bf.

— Die Gesamtzahl der Kranken in den Zivilhospitälern St. Petersburgs betrug am 30. Juni d. J. 10504 (134 wen. als in der Vorwoche), darunter 577 Typhus — (19 wen.), 840 Syphilis — (1 mehr), 236 Scharlach — (27 wen.). 227 Diphtherie — (17 mehr), 99 Masern — (35 wen.), und 6 Pockenkranke — (6 wen. als in der Vorw.).

— Die Gesamtzahl der Sterbefälle in St. Petersburg betrug in der Woche vom 24. bis zum 30 Juni d. J. im ganzen 931 (506 M., 425 W.), darunter an folgenden Krankheiten:

Typhus exanth. 0, Typhus abdom. 24, Febris recurrens 0, Typhus ohne Bestimmung der Form 0, Pocken 0, Masern 47, Scharlach 17, Diphtherie 16, Croup 0, Keuchhusten 5, Kroupöse Lungenentzündung 15, Erysipelas 3, Grippe 5, Katarrhalische Lungenentzündung 73, Ruhr 3, Epidemische Meningitis 0, Akuter Gelenkrheumatismus 0, Parotitis epidemica 0, Rotzkrankheit 0, Anthrax 0, Hydrophobie 0, Puerperalfieber 0, Pyämie und Septicaemie 7, Tuberkulose der Lungen 71, Tuberkulose anderer Organe 19, Alkoholismus und Dilirium tremens 5, Lebensschwäche und Atrophia infantum 48, Marasmus senilis 21, Krankheiten des Verdauungskanals 155, Totgeborene 31.

Am 7. Juli d. J. betrug die Zahl der Kranken 10384 (120 wen. als in der Vorwoche.), darunter 582 Typhus — (5 mehr), 879 Syphilis — (39 mehr), 246 Scharlach — (10 mehr), 210 Diphtherie — (17 wen.), 88 Masern — (11 wen.) und 4 Pockenkranke (2 wen. als in der Vorw.)

— Die Gesamtzahl der Sterbefälle in St. Petersburg betrug in der Woche vom 1. bis zum 7. Juli d. J. im ganzen 924 (526 M., 398 W.), darunter an folgenden Krankheiten:

Typh. exanth. 0, Typh. abd. 26, Febris recurrens 0, Typhus ohne Bestimmung der Form 0, Pocken 0, Masern 33, Scharlach 16, Diphtherie 16, Croup 0, Keuchhusten 8, Croupöse Lungenentzündung 12, Erysipelas 0, Grippe 0, Katarrhalische Lungenentzündung 68, Ruhr 10, Epidemische Meningitis 0, Acuter Gelenkrheumatismus 0, Parotitis epidemica 0, Rotzkrankheit 0, Anthrax 0, Hydrophobie 1, Puerperalfieber 1, Pyämie und Septicaemie 11, Tuberculose der Lungen 90, Tuberculose anderer Organe 12, Alkoholismus und Delirium tremens 11, Lebensschwäche und Atrophia infantum 63, Marasmus senilis 26, Krankheiten der Verdauungsorgane 187, Totgeborene 87.

Im Deutschen Alexander-Hospital wird Nachweis erteilt über zur Zeit dienstfreie Pfleger und Pflegerinnen für die private Krankenpflege (gegen Zahlung von 50 Kop.)

Adressen von Krankenpflegerinnen:
Frl. **Pauline Winkel,** Конногвардейскій переулокъ 4, кв. 2.

Herausgeber Dr. Rudolf Wanach. Buchdruckerei v. A. Wienecke Katharinenhofer Pr. № 15.

XXXII. JAHRGANG. ST. PETERSBURGER Neue Folge XXIV. Jahrg.

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Redaktion von

Prof. Dr. Karl Dehio. Dorpat.

Dr. Johannes Krannhals. Riga.

Dr. Rudolf Wanach. St. Petersburg.

Die „St. Petersburger Medizinische Wochenschrift" erscheint jeden Sonnabend.—Der Abonnementspreis ist in Russland 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr inkl. Postzustellung; in den anderen Ländern 20 Mark jährlich, 10 Mark halbjährlich. Der Insertionspreis für die 3mal gespaltene Zeile in Petit ist 20 Kop. oder 45 Pfen.—Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt. —Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.

Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate bittet man ausschliesslich an die Buchhandlung von K. L. Ricker in St. Petersburg, Newsky-Prospekt № 14, zu richten. — Manuskripte sowie alle auf die Redaktion bezüglichen Mitteilungen bittet man an den geschäftsführenden Redakteur Dr. R. Wanach in St. Petersburg, Petersb. Seite, Alexandrowski Pr. 6 zu richten. Sprechst. Dienstag, Donnerstag und Sonnabend 5—6.

№ 33 St. Petersburg, den 18. (31.) August. **1907.**

Bücheranzeigen und Besprechungen.

J. Schwalbe (Berlin): Jahrbuch der praktischen Medizin. Jahrgang 1907. Stuttgart 1907. Verlag von Ferd. Enke. gr. 8. 622 S. Preis 18 Mark.

Wiederum ist das bewährte Schwalbesche Jahrbuch*), dank der prompten Mitarbeit der Referenten, als erster unter den medizinischen Jahresberichten erschienen. Obschon die medizinische Literatur, darunter auch — oft ganz unnützer Weise — die Zahl der periodischen Zeitschriften, im Berichtsjahre enorm zugenommen hat, so ist doch der Umfang des Jahrbuches fast in den bisherigen Grenzen geblieben, da die Redaktion wie auch die Mitarbeiter es verstanden haben, eine weise Beschränkung in der Auswahl zu wahren und dabei doch in gedrängter Kürze Referate über eine Menge wissenswerter neuer Errungenschaften aus allen Gebieten der praktischen Medizin zu bringen. Was den Inhalt des Buches anbetrifft, so zerfällt er in 5 Hauptabschnitte, in welchen über die Leistungen und Fortschritte berichtet wird: 1) der allg. Pathologie und pathol. Anatomie (einschliessl. Bakteriologie); 2) der allg. Therapie; 3) der speziellen Pathologie und Therapie; 4) der ärztlichen Sachverständigentätigkeit und 5) des öffentlichen Sanitätswesens. Der grösste Raum (353 Seiten) ist dem 3. Hauptabschnitte gewidmet, in welchem über die Fortschritte in der inneren Medizin, Chirurgie, Geburtshülfe und Gynäkologie, in den Krankheiten der Augen, Ohren und der Atmungsorgane, in den Haut- und venerischen Krankheiten, sowie in den Kinderkrankheiten berichtet wird. In die Arbeit haben sich 25 hervorragende Fachgelehrte geteilt, deren jeder über sein Spezialfach einen kritischen zusammenfassenden Bericht erstattet hat.

So kann denn auch der vorliegende Jahrgang des Schwalbeschen Jahrbuches dem praktischen Arzt zur raschen Orientierung über die Fortschritte der einzelnen Zweige der Medizin im Berichtsjahre und zur weiteren Fortbildung warm empfohlen werden.

*) Das Jahrbuch ist uns leider verspätet zugegangen.

Die am Ende eines jeden Abschnittes beigefügten Literaturverzeichnisse sowie ein sorgfältig ausgearbeitetes Sach- und Autorenregister erhöhen den Wert des Jahrbuches. Bei der Redaktion dieses Jahrganges ist der Herausgeber von seinem ständigen Mitarbeiter Dr. G. Mamlock in dankenswerter Weise unterstützt worden.

Bernhoff.

W. Zweig: Die Therapie der Magen- und Darmkrankheiten. Verlag von Urban und Schwarzenberg. Berlin. 1907.

Auch in diesem Spezialgebiet hat die wissenschaftliche Forschung derartige Dimensionen angenommen, dass es dem Praktiker unmöglich geworden ist, sich mit dem neuesten Stand der Forschung bekannt zu machen. Verf. nennt sein Werk einen Wegweiser für das therapeutische Handeln des Praktikers. Das Werk zerfällt in zwei Teile, einen allgemeinen, der die Physiologie der Verdauung, Ernährung und des Stoffwechsels, sowie die Grundzüge der physikalischen und medikamentösen Behandlung der Magen-Darmkrankheiten enthält und einen speziellen, der die Behandlung der verschiedenen Magen-Darmerkrankungen im Speziellen behandelt mit Einschluss der Sensibilitäts-Sekretions- und Motilitätsneurosen des Magen-Darmkraktus, die ihrer Häufigkeit und ihres innigen Zusammenhanges mit anderen Organsystemen (Sexualleiden etc.) gerade recht ausführlich und anschaulich geschildert werden. Eine Reihe von Diätschemata giebt Verf. an.

Das Werk wird für den praktischen Arzt gewiss von grossem Nutzen sein.

Lingen.

Protokolle des III. Aerztetages

der

Estländischen Aerztlichen Gesellschaft am 3., 4. und 5. November 1906 zu Reval.

1. Sitzung.

Freitag, den 3. November von 11—2 Uhr Nachmittags.

(Fortsetzung).

B. Spezielle Regeln.

§ I. Die Schulen:

Der Landschaftsarzt ist verpflichtet, die in seinem Bezirk befindlichen Schulen einmal jährlich in sanitärer Beziehung einer Besichtigung zu unterziehen und die gefundenen Mängel seiner Oberbehörde. der Landessanitätskommission, zu melden.

Er hat zu prüfen: 1) Das Schulgebäude, wobei besonders zu achten ist auf a) den Brunnen, b) die Aborte, c) die Ventilation, d) die Lichtquelle für die Klassenzimmer, e) den Kubikraum Luft in der Klasse und den Schulräumen, f) die Schulbänke, die Anzahl der Schüler auf den Bänken, g) die Sauberkeit der Räume, die Gelasse für die Oberkleider, die Spucknäpfe und die Waschvorrichtungen und h) die Lehrerwohnung.

2) Den Gesundheitszustand der Kinder, wobei besonders zu achten ist auf a) das Vorhandensein von chronischen Infektionskrankheiten (Trachom, Lues, Lepra, Tuberkulose) und von akuten Infektionskrankheiten und ausserdem Hautkrankheiten und anderen Krankheitszuständen.

3) Auf die Reinlichkeit der Schulkinder und grobe hygienische Fehler in der Kleidung.

4) Auf den temporären Ausschluss von mit ansteckenden Krankheiten behafteten Kindern vom Schulbesuche, entsprechend den am 7. April 1897 vom Medizinalrat erlassenen Verordnungen.

5) Auf die Einhaltung der Isolierungsbestimmungen und die Ausübung der Anzeigepflicht seitens des Lehrers beim Auftreten von Krankheiten in der Schule.

6) Auf die Verhütung der Verbreitung ansteckender Krankheiten aus der Schule in die Häuser und umgekehrt.

7) Auf die Desinfektion der Schulräume nach Epidemien auf Kosten der Gemeinde oder der Landschaft.

8) Auf die Kontrolle der Impfzeugnisse.

9) Auf die Revakzination der Schulkinder.

10) Der Landschaftsarzt hat auch die häusliche Isolierung der von akuten Infektionskrankheiten befallenen Schulkinder anzuordnen und durch die Dorfältesten (Kümmnike) überwachen zu lassen.

11) Im Falle eines Neubaues resp. Umbaues einer Schule hat der Landschaftsarzt die Pflicht, die Schulverwaltung dahin zu beraten, dass die neuen Einrichtungen den Grundprinzipien der Schulhygiene entsprechen.

§ II. Die Armenhäuser.

a. Der Landschaftsarzt hat einmal jährlich die Armenhäuser seines Bezirkes in sanitärer Beziehung zu besichtigen, wobei besonders zu achten ist auf 1) den Brunnen, 2) die Abtritte, 3) den pro Person vorhandenen Kubikraum Luft, 4) die Sauberkeit der Räume und die der Insassen, 5) etwa vorhandene gemeingefährliche Krankheiten, 6) die Beköstigung, 7) die Bekleidung und die Bettstellen, 8) die Verpflegung und Ordnung im Allgemeinen, 9) die Beschäftigung und die Arbeitsfähigkeit der Armen.

b. Der Landschaftsarzt hat alle ihm von der Gemeinde vorstellig gemachten Unterstützungsbedürftigen der Gemeinde auf ihre Erwerbsfähigkeit zu begutachten und Personen mit ansteckenden Krankheiten und Erwerbsfähige als von der Aufnahme ins Armenhaus Auszuschliessende zu bezeichnen.

c. Der Landschaftsarzt hat auch alle von den Gemeinden und Höfen ihm zur Besichtigung zugesandte, der Lepra, Syphilis etc. verdächtige Personen zu untersuchen und sein Gutachten abzugeben.

d. Der Landschaftsarzt hat alle in seinem Bezirke lebenden Leprösen besonders zu überwachen d. h. er hat die häusliche Isolierung der Leprösen mit Hülfe der Gemeindeverwaltung zu organisieren und den Verlauf der Krankheit zu verfolgen, indem er mehrmals jährlich den von der Gemeinde ihm vorstellig gemachten Leprösen einer Untersuchung unterwirft.

§ III. Die Hebammen.

a) Der Landschaftsarzt hat die Tätigkeit der in seinem Bezirk angestellten Hebammen zu kontrollieren. Zu dem Zweck hat er die Hebammen über alle von ihnen abgewartete Geburten kurze Geburtsgeschichten (conf. Form.) schreiben zu lassen, welche er zusammen mit dem Instrumentarium 4 mal im Jahre einer Prüfung zu unterwerfen hat.

b) Der Landschaftsarzt hat sich, wenn irgend möglich, in Bezug auf die Betätigung der Hebammen in der Praxis, über ihre Tüchtigkeit und ihre Einkünfte auf dem Laufenden zu erhalten und eventuelle Klagen über die Hebammen zu prüfen. (NB. derartige Verschläge hat die Hebamme viermal im Jahre dem Landschaftsarzte einzusenden).

Geburtsliste				Jahr		Hebamme					
№	Datum	Name	Wohnort	Wie vielte Schwangerschaft	Entbindung normal od. künstlich	Kind lebend od. tot geboren	Wochenfieber	Tod der Mutter	Tod des Kindes	Bemerkungen	Für die Mühewaltung erhalten

§ IV. Die Pockenimpfer.

a) Der Landschaftsarzt hat (conf. § 26 des Impfreglements), die direkte Kontrolle des Impfwesens in seinem Bezirke auszuüben. Im Speziellen hat er seine Aufmerksamkeit darauf zu lenken:

dass die Impflisten möglichst sorgfältig und vollständig angefertigt werden,

dass das Impfen zu geeigneter Zeit vorgenommen wird,

dass der Impfer mit guten und reinen Instrumenten die Impfung zweckmässig und sauber vornimmt,

dass das Impflokal genügend warm, hell und sauber, sowie infektionsfrei ist,

dass die Registrierung im Schnurbuch ordnungsgemäss und dem Sachverhalt entsprechend vollzogen wird,

dass die Impflinge sauber zur Impfung erscheinen und Kranke zurückgestellt werden,

dass die Impfung bis zum genügenden Erfolge oder bis zu sicher festgestellter Immunität fortgesetzt wird,

dass nur gute Lymphe verwandt wird,

dass den Impfern die Behörden mit allen gesetzlichen Mitteln behülflich sind,

dass dem Impfer auf ein diesbezügliches Zeugnis des Landschaftsarztes die ihm zustehende Gage ausgezahlt wird,

dass beim Ausbruch von Pockenepidemien alle Impfer in den gefährdeten Orten Massenrevakzinationen auf Kosten der Landschaft vornehmen, und dass solches auch auf Wunsch von Privatärzten geschieht,

dass in den Schulen beim Eintritt der Schulkinder Impfzeugnisse gefordert und die Ungeimpften der Impfung unterzogen werden,

dass alle Schulkinder revakziniert werden,

dass, wo nötig, auch Privatärzte das Impfen übernehmen,

dass vom Gemeindeältesten die renitenten Eltern nach den Bestimmungen der Landgemeindeordnung gestraft werden,

dass die Impflinge aus Häusern, in denen akute Infektionskrankheiten herrschen, zu Hause geimpft und besichtigt werden, sowie dass bei allgemeiner Verbreitung von akuten Infektionskrankheiten die allgemeine Impfung verschoben wird,

dass der Impfer Kinder, welche während des Impftermins aus legalen Gründen nicht haben erscheinen können, auch später impft, wenn sie ihm vorgestellt werden,

dass die gegen den Impfer vorgebrachten Klagen Berücksichtigung finden; Pflicht der Landschaftsärzte ist es sodann, halbjährlich auf Grundlage der, die Impfresultate enthaltenden Schnurbücher über seinen Bezirk einen Bericht an das Kreisimpfkomitee rechtzeitig einzusenden.

§ V. Die Feldscherer.

Dem Landschaftsarzt unterstehen alle in seinem Bezirk lebenden Feldscherer, soweit sie freie Praxis betreiben und sind von ihm zu kontrollieren.

§ VI. Die Bekämpfung der Epidemien.

a) Der Landschaftsarzt hat am Kampfe gegen chronische und akute Epidemien Teil zu nehmen. Er hat demnach den Charakter und die Verbreitung einer Epidemie, auf deren Auftreten er selbst aufmerksam geworden ist oder von der Polizei bez. Schulverwaltung hingewiesen wurde, zu konstatieren und seine Meldung hierüber so schnell als möglich durch Vermittelung der Gemeinde resp. des Gutshofes dem Kreischefgehülfen zukommen zu lassen;

b) Der Landschaftsarzt hat die Gemeindebeamten und niederen Polizeichargen sofort über die zu ergreifenden Isolierungsmassregeln zu instruieren.

c) Auch hat er dieselben bei Vornahme von Desinfektionen anzuleiten.

NB. Das aus der Landeskasse für obige Funktionen dem Landschaftsarzte gewährte Honorar bezieht sich nicht auf die Tätigkeit solcher Landschaftsärzte, welche die Kreisärzte auf Wunsch der Landschaft in sanitätspolizeilicher und gerichtlich-medizinischer Beziehung vertreten. Letztere haben auf ein Extrahonorar von 5—10 Rbl. täglich (neben freier Fahrt) Anspruch.

Ad p. b. (cf. VI 1, b. des Gutachtens): ein Gutachten darüber abzugeben, ob die Anstellung von Sanitätsärzten mit einem Gehalt von 500 Rbl. jährlich (besonders in nahestädtischen Bezirken) auch ohne Anlehnung an bestehende Aerzteverbände durchführbar wäre (Conf. Protokoll der IV. Sitzung des 2. Aerztetages der Estländischen Aerztlichen Gesellschaft).

Die Anstellung von Landschaftsärzten mit einem Gehalt von 400—600 Rbl. jährlich ist nach Ansicht des 2. Estländischen Aerztetages ohne Anlehnung an bestehende Aerzteverbände nur durchführbar 1) auf dem flachen Lande, wenn der Landschaftsarzt mehrere Landessanitätsbezirke versorgt und eine dementsprechende Gage bezieht und 2) in der nächsten Nähe der Städte, wenn der zur Einhaltung einer bestimmten Taxe gegenüber den Bewohnern seines Bezirkes verpflichtete Landschaftsarzt eine Extrasubvention für seine Ambulanzempfänge und bei Epidemien Fahrgelder erhält.

Ad p. c. (conf. VI I. c des Gutachtens): eine Taxe über die Ausführung der freien Praxis (besonders unter dem Landvolk) zu entwerfen für Landärzte, die ausser dieser freien Praxis ein Einkommen von c. 1900 Rbl. (incl. Wohnung aber excl. Anspann) als Bezirks- und Sanitätsärzte (od. von 500 Rbl. als Sanitätsärzte allein) beziehen würden — schlägt die Estl. Aerztliche Gesellschaft für die freie Praxis auf dem Lande folgende Taxe vor (conf. Protokoll der IV. Sitzung des 2. Aerztetages der Estl. Aerztl. Gesellschaft).

A. Taxe für ausserhalb des Aerztebezirkes stehende Güter, welche ein Jahresabkommen mit dem Arzt treffen. Das Jahreshonorar soll nicht unter 150 Rbl. pro Gut betragen, wovon 50 Rbl. der Kasse des Arztvereins zufallen. Für dieses Honorar ist der Arzt zur ambulatorischen Behandlung und zu 15 Fahrten verpflichtet; für überzählige Fahrten hat er 10 Rbl. pro Fahrt zu erhalten. Das Gefährt ist immer vom Patienten zu stellen.

Extrahonorare ist der Arzt berechtigt zu beanspruchen:

a. für grössere Operationen in den Familien der Besitzer resp. Arrendatore und Angestellten des Gutes, sowie bei Entbindungen in der Familie des Besitzers resp. Arrendators (nicht aber der Bediensteten);

b. für jeden im Hospital zu behandelnden Kranken im Betrage von 10 Kop. pro Tag.

B. Taxe für Güter, welche kein Jahresabkommen mit dem Arzt treffen.

Für jede Fahrt sind nach der Entfernung 15—25 Rbl. zu zahlen, wovon 5 Rbl. der Kasse des Arztvereins zufallen. Für ambulatorische Behandlung im Hause des Arztes, desgleichen für briefliche und telephonische Behandlung hat der Arzt pro Konsultation zu zahlen:

a. von Gutsbesitzern und Arrendatoren und deren Familiengliedern — 2 Rbl.

b. von Gutsbeamten und deren Familien — 1 Rbl.

c. von Knechten — nach der Bauertaxe (cf. sub C.)

Extrahonorare, Behandlung im Hospital, Stellung des Gefährtes — wie sub. A.

C. Taxe für Bauern.

a. für Fahrten — für die erste Stunde 1 Rbl., jede weitere Stunde 50 Kop. — 1 Rbl.

Bei Fahrten kann eine Erhöhung der Taxe um 50 pCt. eintreten.

Für Konsultationen im Hause des Arztes — 25—50 Kop., bei länger dauernder Behandlung tritt eine Ermässigung ein.

c. für Behandlung im Hospital — 10 Kop. pro Tag.

Ad p. d. (cf. VI, 1, des Gutachtens): desgleichen eine Taxe in Vorschlag zu bringen für die Praxis von Hebammen, die ein festes Einkommen von 150 Rbl. jährlich beziehen, schlägt die Estländische Aerztliche Gesellschaft folgende Taxe vor:

Für die Hülfeleistung beim Akt der Geburt sollen Wirte zahlen 1 Rbl. —1 Rbl. 50 Kop. und Knechte 50 Kop. —1 Rbl.

Für Warte = resp. Wochenbettstage sollen gefordert werden 50 Kop. resp. 25 Kop. nebst Beköstigung.

Das Gefährt hat der Patient zu stellen.

Medikamente und Verbandstoffe sind extra zu vergüten, falls nicht die Landeskasse dafür aufkommt.

Freiwillige Mehrzahlungen ist die Hebamme berechtigt anzunehmen.

Personen aus privilegierten Ständen haben eine höhere Zahlung zu leisten, wenn sie die Hebamme für sich persönlich beanspruchen.

Indem ich die Ehre habe, Ew. Excellenz Vorstehendes zu unterbreiten, erlaube ich mir hinzuzufügen, dass auch fernerhin die Verwaltung der Estländischen Aerztlichen Gesellschaft zu Ew. Excellenz notwendig erscheinenden Auskünften im Interesse des Gemeinwohls gern zur Verfügung steht.

Im Namen und Auftrage der Estländischen Aerztlichen Gesellschaft.

d. z. Präses: Dr. med. R. v. Wistinghausen.

In Folge Aufforderung des Herrn Ritterschaftshauptmanns hatte ich Gelegenheit auf dem Landtage 1905 die Stellung der Estländischen Aerztlichen Gesellschaft zu dem Gutachten der vorbereitenden Kommission zur Frage der Reorganisation des Landessanitätswesens auseinanderzusetzen. Es handelte sich hauptsächlich um die Frage der Anstellung von Sanitätsärzten, welche ich gemäss dem Schlusssatz des Protokolls der 4. Sitzung des II. Aerztetages dahingehend beantwortete, dass die Estl. Aerztl. Gesellschaft es für wünschenswert hielte, dass jeder Landschaftsarzt in seinem Bezirk ärztliche Praxis ausübe, d. h., dass die Revisionen der Schulen, Armenhäuser etc. sowie die Kontrolle der Hebammen, Feldscherer etc., der Kampf mit den Epidemien, die Leitung der Ambulanzstationen und die Aufklärung der Bevölkerung nur von dem ortsansässigen Arzt erfolgreich durchgeführt werden könne, und nicht etwa durch einen oder einige fürs ganze Land angestellte Aerzte, die ohne Lokalkenntniss und dauernden Aufenthalt am Ort zwar schliesslich die Revisionen ausführen könnten, niemals jedoch geeignet wären zum raschen Eingreifen bei Epidemien und zur ständigen Beaufsichtigung des medizinischen Unterpersonals und zur Erteilung von Rat und Aufklärung unter der Bevölkerung.

M. H.! Es ist Ihnen bekannt, dass der Landtag den, dem Gutachten der vorbereitenden Kommission und der Auffassung der Estl. Aerztl. Gesellschaft entsprechenden Antrag der Kreisdeputierten angenommen hat und habe ich den Wunsch in dem von mir angekündigten Vortrage Ihnen ein Bild zu entwerfen von dem augenblicklichen Stande der in der Entwicklung begriffenen Reorganisation des Sanitätswesens auf dem Lande.

In Bezug auf den II. Kommissionsbericht (das Projekt eines Impfreglements für das flache Land) habe ich zu berichten, dass dasselbe der Landessanitätskommission zur Verfügung gestellt worden ist.

In der Folge habe ich mich an die ärztliche Kommission zur Ausarbeitung von Vorschlägen des Sanitätswesens gewandt zweck Erhaltung eines Entwurfs zur Zusammenstellung der auf die Tätigkeit der Sanitätsärzte bezüglichen Gesetzparagraphen, sowie um Schemata für die Jahresberichte der Sanitätsärzte etc. Beides wurde mir gestellt und dann der Landessanitätskommission gesandt.

In Bezug auf Pkt. 6 d. V. Sitzung des II. Aerztetages konnte der Vorschlag des Herrn Dr. Meder aus praktischen Gründen nur teilweise berücksichtigt werden, da der Saal uns am Sonnabend blos bis 8 Uhr Abends zur Verfügung steht; jedoch wurden die Sitzungen, wie Sie aus dem Programm ersehen, so weit auseinander gelegt, dass die meisten Sprechstunden der Revaler Kollegen nicht behindert sind.

Für die 4 auf dem II. Aerztetag genannten Themata konnten vom Vorstande keine Referenten gefunden werden, mit Ausnahme des 2. Themas über welches das Referat zu übernehmen Dr. v. Middendorff die Freundlichkeit gehabt hat. Weitere Themata sind bis zum 1. Januar 1905 und auch später nicht namhaft gemacht. Ausstellungen an der auf dem 2. Aerztetage vom Vorstande den Mitgliedern übergebenen Zusammenstellung über die ärztliche Zeugnissausreichung sind nicht eingelaufen.

Der 2. Aerztetag wählte 3 Kommissionen: 1) Für Bearbeitung sanitärer Fragen — ein Referat hierüber wird Dr. Kupffer bringen; 2) behufs Einleitung der vorbereitenden Schritte zur Gründung eines Vereins zur Bekämpfung der Tuberkulose — das Referat wird Dr. Kusik erstatten; 3) zur Ausarbeitung von Merkblättern. Die letztgenannte Kommission hat nicht zusammentreten können, weil die Glieder zu weit von einander wohnten. In Folge dessen habe ich hier in Reval ansässige Kollegen aufgefordert sich dieser Arbeit zu widmen. In dankenswerter Weise haben sich folgende Kollegen beteiligt: Dr. Haller, Tamm, Tanne-

baum, Hunnius, Kusik, Greiffenhagen, Keyserlingk, Mühlen, Armsen, Middendorff, Kusmanoff, Sohn, Maydell, Kügelgen.

4 Merkblätter und zwar über Typhus, Scharlach, Pocken und Diphterie sind der Landessanitätskommission übergeben worden. In Arbeit befinden sich Merkblätter über Brechdurchfall, Keuchhusten, Ruhr, Ohrenkrankheiten, Masern und Säuglingsernährung.

Eingelaufen sind folgende Schriften: Protokolle des 17. und 18. Aerztetages der Gesellschaft livländischer Aerzte, Mitteilungen der Rigaschen Med. Gesellschaft.

Der Kassaführer erstattet den Kassenbericht für die Zeit vom 24. September 1904—2. November 1906:

Einnahmen.

	Rbl.	Kop.
Saldo vom I. Aerztetage	192	37
47 Mitgliedsbeiträge für den II. Aerztetag	235	—
Zinsen des Sparkassenbuches	19	41
Summa	446	78

Saldorest zum 3. November 1906 (d. h. Beginn des III. Aerztetages) 356 Rbl. 55 Kop.

Ausgaben.

	Rbl.	Kop.
Div. Druck- und Schreibarbeiten	18	80
Für die Uebersetzung und Reinschrift des russischen Protokolls	15	—
Druck der Protokolle d. II. Aerztetages	36	13
Trinkgelder (Rev. Klub)	9	—
Div. kl. Ausgaben	11	30
Summa	90	23

Der Kassaführer stellt im Anschluss an den obigen Bericht den Antrag von der Summe von 500 Rbl., welche die Revaler Abteilung des Petersburger Aerztlichen Vereins zur gegenseitigen Hülfe im vorigen Jahre zum Besten der von der Revolution geschädigten Kollegen in Liv- und Kurland hergegeben hat, 200 Rbl. von der Kasse des Aerztetages zu übernehmen.

Die Motivierung ist folgende: Als im vorigen Winter von ärztlichen Kreisen Livlands eine Hilfsaktion zum Besten der durch die Revolution betroffenen Kollegen Liv- und Kurlands eingeleitet wurde, konnte die Estl. Aerztl. Gesellschaft sich an dieser nicht beteiligen, da der Vorstand sich nicht für kompetent erachtete über die Mittel des Vereins ohne Beschluss des Aerztetages zu verfügen. Damit der aus Estland kommende Beitrag nicht zu klein ausfalle, bewilligte die Revaler Abteilung des Petersburger Aerztlichen Vereins zur gegenseitigen Hülfe die relativ hohe Summe von 500 Rbl. Da der Kassenbestand der Vereinskasse der Estl. Aerztl. Gesellschaft es erlaubt, erscheint es daher gerecht, dass diese einen Teil der damaligen Zahlung und zwar in der Höhe von 200 Rbl. übernimmt, umso mehr, als die Summe von 500 Rbl. für die Mittel des ärztlichen Hilfsvereins zu hoch ist.

3) Nach Beschluss der Versammlung soll der nächste Aerztetag in Reval im nächsten Jahre, Ende Oktober oder Anfang November stattfinden.

4) Zum Ort der Verwaltung wird Reval bestimmt.

5) Auf Vorschlag des Herrn Dr. Meder wird der Vorstand per Aklamation wiedergewählt und Herr Dr. E. Thomson-Reval auf Wunsch des Präses zum zweiten Sekretär ernannt.

6) Die Höhe des Mitgliedsbeitrages wird auf 3 Rbl. angesetzt.

Der vom Kassaführer vorhin eingebrachte Antrag wird angenommen, und dem Verein zu gegens. Hülfe 200 Rbl. überlassen, welche letzteren für die notleidenden Kollegen in Liv- und Kurland verwandt waren.

7) Herr von Wistinghausen: Ueber die vom Landtage 1905 in Estland eingeführte Sanitätsreform.

Meine Herrn! Bei der Begründung der Estländischen Aerztlichen Gesellschaft ist an dieser Stelle hervorgehoben worden, dass ein Bedürfnis für eine periodische Wiederkehr der Vereinigung der medizinischen Kräfte des Landes vorhanden sei, welche von sich aus, in Form der Expertise Vorschläge zu einer Reorganisation des Estländischen Sanitätswesens ausarbeite, begutachte und der Landesverwaltung vorlege. Es wurde damals die Hoffnung ausgesprochen, dass das Sanitätswesen auf Grund des also gesammelten Materials einer Reorganisation unterzogen werden würde. Diese Hoffnung hat sich bekanntlich verwirklicht. Schon auf dem letzten Aerztetage wurde die Estländische Aerztliche Gesellschaft vom Herrn Ritterschaftshauptmann aufgefordert ihre Expertise über gewisse Fragen abzugeben deren Ausarbeitung als Vorarbeit für den Landtag 1905 dienen sollten. Aus dem Ihnen vorgelegten Rechenschaftsbericht kennen Sie die Antwort der Gesellschaft und deren ferneren Connex mit der vom Landtag eingesetzten Sanitätskommission.

Wenn ich es unternehme Ihnen über die Sanitätsreform zu berichten so gestatten Sie mir vorerst zu betonen, dass wir es hier keineswegs mit einer abgeschlossenen Sache zu thun haben, vielmehr befindet sich die Reorganisation im Zustande der Entwicklung. Es kann der gegenwärtige Moment nur als eine Phase aufgefasst und nicht etwas Fertiges darf erwartet werden.

Der vom Landtage 1905 angenommene Antrag der Kreisdeputierten lautet dahin, der Landtag wolle einen Kredit von 30,000 Rbl. jährlich für sanitäre Zwecke bewilligen. Von diesen 30000 Rbl. sollte ein Teil verwandt werden zur Subvention solcher Gesellschaften, die auf Grund von Verträgen auf mindestens 6 Jahre zum Zweck der Versorgung mit medizinischer Hülfe sich zusammengeschlossen und mit einem Arzte eine Abmachung auf mindestens 3 Jahre getroffen hatten.

Der zweite Teil sollte zur Subvention von Hebammen verwandt werden, welche in Folge dessen zur Einhaltung einer billigeren Taxe verpflichtet seien.

Der dritte Teil, die Hälfte des Kredits, wurde bestimmt zur Gagierung von etwa 30 Sanitätsärzten, für die mit Hilfe der Estländischen Aerzlichen Gesellschaft provisorische Regeln ausgearbeitet waren, die ihnen als Grundlage ihrer sanitären Tätigkeit dienen sollten.

Zur Ausführung dieser Beschlüsse wurde eine Kommission gewählt, welche die Vorarbeiten bis zum September 1905 zu erledigen hatte, zu welcher Zeit dann die sanitäre Ordnung definitiv festgesetzt werden sollte.

In Folge der drohenden Choleragefahr erschien es jedoch wünschenswert, dass die Anstellung von Sanitätsärzten früher ins Werk gesetzt werde, damit durch rechtzeitiges Eingreifen die Seuche möglichst energisch bekämpft werden könne. Deshalb wurde bereits zum 1. Mai 1905 eine provisorische Einrichtung getroffen.

Dieses Provisorium welches anfangs nur bis zum September 1905 dauern sollte musste jedoch aus folgenden Gründen 2 mal auf ein halbes Jahr verlängert werden.

1) Zog sich die Bestätigung der Regeln für die Sanitätsärzte durch die Gouvernementsregierung in die Länge.

2) War infolge des Krieges ein beträchtlicher Teil des Landes mit medizinischer Hilfe unversorgt.

3) Waren die Erfahrungen über die Form der Ausführung der Aufgaben der Sanitätsärzte noch nicht genügend gesammelt besonders da ihre Tätigkeit durch die Unruhen in nicht geringem Grade beeinträchtigt waren.

4) Fehlte eine ausreichende Einteilung des Landes in Bezirke.

Erst im September 1906 hat die Sanitätsreform eine einigermassen stabile Gestalt gewonnen.

Die «zeitweiligen Regeln» sind mit leichten Veränderungen vom Gouverneuren bestätigt worden. (11. Oktober 1906).

Diese Tatsache ist für die Herren Sanitätsärzte insofern von grosser Bedeutung als die Unterstützung von Seiten der örtlichen Behörden dadurch bedeutend mehr garantiert ist.

Ferner ist in der Landessanitätskommission eine Neueinteilung in sanitäre Bezirke vorgenommen zu deren Kenntnissnahme ich Sie bitte einen Blick auf die beistehende Karte zu werfen. Es sind im Ganzen 28 Bezirke vorhanden, von denen jedoch einzelne noch zu gross, so der 5., 6. und 7. Bezirk in der Wiek, vielleicht auch der 8. in Harrien und der 3. in Jerwen.

Die Einteiluneg ist gemäss den lokalen Verhältnissen vollzogen, sie konnte sich nicht konsequent an die gegebenen Grenzen der Kirchspiele, Kreise oder der vereinigten Gemeinden halten. Die Verschiedenheit in der Grösse der Bezirke involviert gewiss eine Ungerechtigkeit, doch lässt sich bislang dieselbe noch nicht umgehen, weil der geographischen Ausdehnung nicht immer die Bevölkerungsziffer entspricht und weil an einzelnen Orten Aerzteverbände resp. freipraktisierende Aerzte nicht bestehen können und deswegen hier die benachbarten Aerzte die Pflichten des Sanitätsarztes übernehmen müssen. Mit der Neubildung von Aerzteverbänden, deren Entstehung durch die Subventionen für Doktorat und Ambulanzstation sowie der Anstellung des betreffenden Arztes zum Sanitätsarzt umsomehr ganz bedeutend Vorschub geleistet wird, durften die Sanitätsbezirke, wo es notwendig ist, auch auf dasjenige Mass reduziert werden, welches dem Arzt ermöglicht auch in Bezug auf die sanitäre Aufsicht seinen Bezirk genügend zu beherrschen.

(Fortsetzung folgt).

Der XIX. Livländische Aerztetag.

Vom 17. bis 19. August tagte in Dorpat der XIX. Aerztetag der Gesellschaft Livländischer Aerzte. Etwa 80 Kollegen waren dort an der einstigen Stätte ihrer akademischen Ausbildung zu eifriger wissenschaftlicher Arbeit und zu regem kameradschaftlichem Verkehr versammelt. Neben Livland, welches mit Riga, Dorpat, den kleinen Landstädten und landischen Doktoraten natürlich die überwiegende Mehrzahl aller Teilnehmer gestellt hatte, waren Estland und Kurland und auch Petersburg vertreten. Die Sitzungen fanden in dem würdig geschmückten Saal der Grossen Gilde statt. Hier wurden die versammelten Aerzte im Namen der Stadt, der medizinischen Fakultät und der Dorpater medizinischen Gesellschaft willkommen geheissen. Zu allgemeinem lebhaftem Bedauern war der bisherige Präses Stadtarzt Dr. Ströhmberg durch schwere Krankheit gezwungen, dieser Tagung fernzubleiben. Er wurde einstimmig zum Ehrenmitglied der Gesellschaft Livländischer Aerzte erwählt. Zum Präses wurde Dr. A. v. Bergmann (Riga), zum Vizepräses Prof. W. Zoege v. Manteuffel (Dorpat) gewählt, zu Sekretären: Dr. W. v. Holst (Riga) und Dr. W. Kieseritzky (Dorpat), zum Kassirer Dr. G. v. Knorre (Riga). Als Ort für die nächstjährige Versammlung wurde Riga bestimmt. Ueber den Antrag, den Livländischen Aerztetag in einen «Baltischen» umzubenennen wurde ein Beschluss zunächst nicht gefasst, die Organisierung erweiterter baltischer Aerztetage aber, die etwa alle 3 Jahre abzuhalten wären, als wünschenswert in Aussicht genommen. Allgemeinen Anklang fand der Gedanke Ernst v. Bergmann vor der chirurgischen Klinik zu Dorpat ein Denkmal zu setzen. Das in dieser Angelegenheit sogleich gewählte vorbereitende Komité wird demnächst mit einem Aufruf hervortreten. Das sehr reiche, unsern Lesern bereits aus unserer Nr. 32 bekannte wissenschaftliche Programm wurde in vier Sitzungen vollständig erledigt. Besonderes Interesse erregte das Hauptthema: Leukocytose und Blutbildung, doch musste die Diskussion über diese Vorträge auf die letzte Sitzung verlegt werden, welcher Ref. leider nicht mehr beiwohnen konnte. Auch die Bier'sche Stauung wurde lebhaft diskutiert. Die Sitzung, in welcher der Kampf gegen die Tuberkulose zur Sprache kam, war angesichts des allgemeinen Interesses dieser Frage auch den Damen zugänglich. Die Diskussion betraf hauptsächlich die etwaige Errichtung von Volksheilstätten oder von Sanatorien für zahlende Kranke, sowie die ambulatorische Behandlung Tuberkulöser und die Versorgung der unheilbaren Phthisiker. Es wurde beschlossen, die Vorträge dieser Sitzung nicht nur in der Fachpresse sondern auch in der Tagespresse zu veröffentlichen. Ref. beschränkt sich auf diese wenigen Angaben, da ja die Protokolle und auch gewiss ein grosser Teil der Vorträge den Lesern dieser Wochenschrift in extenso vorliegen werden. Als Hauptthemata für den nächsten Aerztetag wurden in Aussicht gestellt: 1) Cholelithiasis, 2) Gicht und Rheumatismus. Dem Vorstande bleibt es überlassen dafür die Referenten zu gewinnen. — Am Abend des zweiten Sitzungstages vereinigte die Kollegen ein gemeinsames Mahl im Saale des Handwerker-Vereins. Die Reihe der ernsten und heiteren Reden ward schon bei der Suppe eröffnet und war beim Kaffee nicht erschöpft. Am letzten Abend bereitete die Stadt den Aerzten eine festliche Aufnahme im Saale der Bürgermusse. Während aller dreier Tage herrschte das schönste Spätsommerwetter. In vollem Laubschmuck boten Stadt und Domanlagen das unvergessene traute Bild. Das war das alte Dorpat! — B.

Tagesnachrichten.

Personalia.

— Am 10./23. August vollendete der berühmte Philosoph, Professor Dr. med. et phil. Wilhelm Wundt, das 75. Lebensjahr. Von Hause aus Mediziner, begann er vor nunmehr einem halben Jahrhundert seine Lehrtätigkeit als Privatdozent der Physiologie in Heidelberg. Zur Philosophie kam er auf dem Umwege über die Medizin. Das hat auch seinem ganzen Wesen die Richtung gegeben: wie Johannes Müller und Helmholtz erfüllt er auf dem Boden exakter naturwissenschaftlicher Beobachtung durch das Mittel des Experiments Kants philosophische Forderung der Kritik unserer Erkenntnismittel. Der Universität in Leipzig, wo er das von ihm geschaffene Institut für experimentelle Psychologie leitet, gehört Wundt seit 1875 an.

— Der Präses der St. Petersburger städtischen Sanitätskommission Dr. A. Oppenheim ist, nachdem er den Organisationsplan für die Stadtteilskuratorien zur Bekämpfung der Cholera in St. Petersburg ausgearbeitet hat, zu einer Kur nach Karlsbad gereist.

— Unser Landsmann, der frühere Petersburger Arzt und Mitarbeiter an unserer Wochenschrift Dr. Georg v. Voss, welcher im vorigen Jahre nach Deutschland übersiedelte und dort seit einiger Zeit als Oberarzt der Greifswalder psychiatrischen Klinik fungiert, hat sich neuerdings als Privatdozent für Psychiatrie an der Universität Greifswald habilitiert. Dr. v. Voss hat seine medizinische Ausbildung an der Dorpater Universität erhalten, an welcher er i. J. 1896 die Doktorwürde erlangte, worauf er auch die ärztliche Staatsprüfung fürs Deutsche Reich absolvierte.

— Der Professor der Chirurgie Dr. Garré in Bonn ist im Nebenamt zum Mitglied der Kölner Akademie für praktische Medizin ernannt worden.

— Prof. Dr. H. Sellheim, designierter Professor der neuen Akademie in Düsseldorf, wird dem an ihn ergangenen Ruf nach Tübingen als Nachfolger Döderleins auf dem Lehrstuhl der Geburtshülfe und Gynäkologie Folge leisten.

— Der Privatdozent Prof. Dr. med. et phil. E. Faust in Strassburg hat die Berufung als ordentlicher Professor für Pharmakologie an Stelle des nach Freiburg berufenen Professors Straub in Würzburg angenommen.

Nekrologe:

— Verstorben sind: 1) Am 9. August in Dorpat der Senior der dortigen Aerzte Dr. Gottlieb Emanuel Jaesche nach langem Siechtum im nahezu vollendeten 86. Lebensjahre, nachdem er bereits vor 10 Jahren sein goldenes Doktorjubiläum gefeiert hatte. Zu Dorpat als Sohn des dortigen Professors der Philosophie Gottlob Jaesche geboren, erhielt er daselbst seine Schulbildung und widmete sich dann dem Studium der Medizin an der örtlichen Universität, an welcher er von 1840—47 studierte und der Korporation «Livonia» angehörte. Nach Erlangung der Doktorwürde trat er in der Militär-Medizinaldienst und war Arzt an Militärhospitälern in Petersburg und Moskau. Als Oberarzt des Butyrschen Infanterieregiments machte er in den 50-er Jahren die Belagerung von Sewastopol, sowie die Schlachten bei Inkermann und an der Tschernaja mit. Nach Beendigung des Krimkrieges hielt er sich studienhalber im Auslande auf, wo er die Kliniken von Graefe, Arlt und Desmarres besuchte, und liess sich dann i. J. 1856 als Augenarzt in Moskau nieder, wo er von 1859—73 auch als älterer Arzt am Marienhospital und am Findelhause fungierte. Im letztgenannten Jahre nahm er seinen Abschied und siedelte nach Dorpat über, um sich dort ganz der Augenpraxis zu widmen. Bis ins hohe Alter hat Dr. Jaesche reges Interesse am wissenschaftlichen Leben Dorpats genommen, wo er von 1875—77 auch Präses der medizinischen Gesellschaft war. Auch dem Gebiete der Augenheilkunde *) hat der Verstorbene höchst Anerkennenswertes geleistet: ausser Abhandlungen in Graefes Archiv und Zehenders Monatsblättern für Augenheilkunde u. a. schrieb er über «das räumliche Sehen» (1879) und «das Grundgesetz der Wissenschaft» (1885). Seine letzte Arbeit «die Hauptstufen der Weltgeschichte» veröffentlichte er noch i. J. 1900. — 2) Am 5. August in Druskeniki der frühere Medizinalinspektor des Wilnaschen Gouvernements, wirkl. Staatsrat Dr. Klemens Erbstein, im 72. Lebensjahre. Der Hingeschiedene hat i. J. 1857 die Venia practicandi erlangt, hätte also in diesem Jahre das 50-jährige Jubiläum seiner ärztlichen Tätigkeit begehen können. Nach mehr als 40-jährigen Dienst nahm er Ende der 90-er Jahre seinen Abschied und lebte als freipraktizierender Arzt für Frauenkrankheiten in Wilna. 3) Am 6. August in Zarskoje Sselo der Arzt an der St. Petersburger Rechtsschule, wirkl. Staatsrat Dr. Snjeshkow, im Alter von 58 Jahren. Als Arzt ist S. seit 1874 tätig gewesen. 4) Am 9. Juli in St. Petersburg der Begründer und Redakteur der Zeitschrift «Medizinskaja Besjeda» Dr. Anatol Ssabinin im 57. Lebensjahre an Pneumonie. Der Verstorbene, welcher

*) Das unter dem Namen «Jaeschesche Operation» in den Lehrbüchern angeführte Operationsverfahren bei Trichiasis und Entropium wird unserer Ansicht nach irrtümlicherweise dem eben verstorbenen Dr. Jaesche zugeschrieben, da eine Beschreibung dieser Operationsmethoden von Jaesche bereits im Jahrgange 1844 der «Mediz. Zeitschrift Russlands» sich findet, also zu einer Zeit, wo der jetzt verstorbene Jaesche noch junger Student in Dorpat war. Es kann der Urheber dieses, von Arlt nachher modifizierten Operationsverfahrens also nur der ältere Bruder Georg Emanuel Jaesche sein, welcher nach Absolvierung der Universität Dorpat i. J. 1838 Hospitalarzt und Operateur in Riga, Minsk, Pensa und zuletzt Gehülfe des Gouvernements-Medizinalinspektors in Nishni-Nowgorod war, wo er im Dezember 1876 starb.

früher viele Jahre Ordinator am Landschaftshospital in Woronesh war, bekleidete in der letzten Zeit den Posten eines Gehülfen des Inspektors am hiesigen Polytechnischen Institut im Forstkorps. Während seiner 30-jährigen ärztlichen Tätigkeit ist Dr. S. vielfach auch literärisch hervorgetreten; ausser zahlreichen populären und kleineren wissenschaftlichen Aufsätzen stammen aus seiner Feder ein «Kursus der speziellen Pathologie und Therapie» und ein «Kursus der Physiologie» (beide für Feldscher und Feldscherschulen), von denen das letztgenannte Buch bereits 8 Auflagen erlebt hat. 5) In Leer (Hannover) der Nestor der deutschen Aerzte, Geh. Sanitätsrat Dr. Georg Kirchhoff im hohen Alter von 94 Jahren. Im vorigen Herbst konnte er bereits sein 70-jähriges Doktorjubiläum feiern. Noch bis zum Jahre 1900 war Dr. Kirchhoff als Kreisphysikus, Mitglied der Aerztekammer und der wissenschaftlichen Deputation für das Medizinalwesen in Preussen in Funktion.

Von Universitäten und medizinischen Instituten.

— Die Vorlesungen an der militär-medizinischen Akademie sollen, wie verlautet, am 1. September beginnen. Ausser den 80 Absolventen von Gymnasien, welche in den 1. Kursus Aufnahme gefunden haben, werden wahrscheinlich nur wenige Aspiranten in die älteren Kurse aufgenommen werden.

— Im Laufe des letzten Lehrjahres wurden häufig in die Universitäten freie Zuhörerinnen aufgenommen, die in den letzten Kursen der medizinische Fakultäten eintraten. Viele dieser Zuhörerinnen sind nun, wie aus den an das Unterrichtsministerium gerichteten Gesuchen um Zulassung zu den Schlussprüfungen zu ersehen ist, der Ansicht, dass sie dieselben Rechte wie die vorschriftsmässig imatrikulierten Studenten geniessen. Da jedoch das gegenwärtig gültige Universitätsstatut, wie offiziell mitgeteilt wird, Studenten weiblichen Geschlechts nicht kennt und die Anerkennung der weiblichen Studenten nur auf gesetzgeberischem Wege erfolgen kann, so hat der Minister der Volksaufklärung die Kuratoren der Lehrbezirke beauftragt, durch die Universitätsobrigkeit die freien Zuhörerinnen davon in Kenntnis zu setzen, dass sie nicht die Rechte der Studenten geniessen und daher weder zu den Schlussprüfungen zugelassen werden, noch Diplome erhalten können.

Vereins- und Kongressnachrichten.

— Die internationale Vereinigung der medizinischen Fachpresse hielt am 3. und 4. August n. St. in London eine Konferenz ab, zu welcher ausser Deutschland und England noch Frankreich, Belgien und Norwegen Delegierte gesandt hatten. Die Verhandlungen leitete Prof. Posner (Berlin) als derzeitiger Präsident der internationalen Vereinigung. Der Generalsekretär Dr. Blondel (Paris) erstattete einen Bericht über die bisherige Tätigkeit der internationalen Vereinigung. Diese erstreckte sich auf die Vertretung der Fachpresse auf Kongressen, auf die Stellung gegenüber den besonders in Frankreich häufigen Gratisjournalen, auf das Urheberrecht, auf die Veröffentlichung derselben Arbeit an verschiedenen Stellen etc. Die erreichten praktischen Resultate waren nicht gerade bedeutend. Ueber bessere Erfolge konnte Prof. Posner von der deutschen Vereinigung der medizinischen Fachpresse berichten. Als solche erwähnte er die gemeinsame Ablehnung martkschreierischer Inserate, sowie das Vorgehen gegen diejenigen Autoren, die die Empfehlung neuer Heilmittel gegen Bezahlung übernehmen. Die nächste Delegiertenkonferenz wird i. J. 1908 in Berlin stattfinden, während der nächste Kongress der internationalen Vereinigung der medizinischen Fachpresse aller Kulturländer im Jahre 1909 in Budapest gleichzeitig mit dem dort tagenden internationalen medizinischen Kongresse abgehalten werden wird.

Standesangelegenheiten.

— Verurteilung eines Arztes. Vom Militärbezirksgericht des Amurgebiets ist Dr. P. W. Schebol-dajew für Veröffentlichung regierungsfeindlicher Artikel in der Wladiwostoker Zeitung zur Entziehung aller Rechte und zur Ansiedelung in entfernten Gouvernements verurteilt worden.

— In Tula ist die Oberin der örtlichen Gemeinschaft barmherziger Schwestern Snamenskaja arretiert worden, weil sie an einer Versammlung teilgenommen hat, welche die Unterstützung eines wegen politischer Umtriebe verbannten Lehrers beschloss.

— Die Verwaltung der Weichselbahnen beabsichtigt die Gagen der an diesen Linien angestellten Aerzte auf 1800 Rbl. jährlich zu erhöhen, jedoch unter der Bedingung, dass sie ihre Privatpraxis aufgeben, damit sie ganz ihren Verpflichtungen als Eisenbahnärzte nachkommen können.

— Die beiden Mörder des Odessaer Medizinalinspektorsgehülfen Dr. S. Popow (cf. Nr. 26, S. 257), Arbeiter der Russischen Dampfschifffahrt- und Handelsgesellschaft, deren Oberarzt Dr. Popow seit vielen Jahren war, sind vom Odessaer Militärbezirksgericht zum Tode durch den Strang verurteilt worden.

— Nach dem in Preussen geltenden Ehrengerichtsgesetze können politische wissenschaftliche und religiöse Ansichten oder Handlungen eines Arztes als solche niemals den Gegenstand eines ehrengerichtlichen Verfahrens bilden. Gelangen jedoch derartige Ansichten in einer Form zum Ausdruck, welche einen beleidigenden, gehässigen oder sonst unwürdigen Charakter hat, oder welche den Tatbestand einer nach den allgemeinen Strafgesetzen strafbaren Handlung enthält, so handelt es sich nicht mehr um politische u. s. w. Ansichten und Handlungen eines Arztes als solche, sondern es bleibt festzustellen, ob der Arzt nach den besonderen Umständen im Einzelfalle sich neben der strafrechtlichen Verantwortung auch noch ehrengerichtlich strafbar gemacht hat.

— Aus Kasan wird gemeldet, dass der dortige Verband des russischen Volkes beschlossen habe, im Hinblick auf die Choleragefahr ein eigenes Hospital nebst Apotheke für die «Rechten» zu eröffnen, damit diese es nicht nötig haben, sich an die jüdischen Aerzte und Apotheken zu wenden. (Her.).

Bf.

— Die Gesamtzahl der Kranken in den Zivilhospitälern St. Petersburgs betrug am 14. Juli d. J. 10371 (13 wen. als in der Vorwoche), darunter 638 Typhus — (56 mehr), 862 Syphilis — (17 wen.), 230 Scharlach — (16 mehr), 207 Diphtherie — (3 mehr), 62 Masern — (26 wen.), und 5 Pockenkranke — (1 mehr als in der Vorw.).

— Die Gesamtzahl der Sterbefälle in St. Petersburg betrug in der Woche vom 8. bis zum 14. Juli d. J. im ganzen 807 (447 M., 360 W.), darunter an folgenden Krankheiten:

Typhus exanth. 0, Typhus abdom. 11, Febris recurrens 0, Typhus ohne Bestimmung der Form 0, Pocken 0, Masern 25, Scharlach 8, Diphtherie 16, Croup 0, Keuchhusten 9, Kroupöse Lungenentzündung 15, Erysipelas 1, Grippe 1, Katarrhalische Lungenentzündung 63, Ruhr 11, Epidemische Meningitis 0, Akuter Gelenkrheumatismus 0, Parotitis epidemica 0, Andrekrankheit 217, Anthrax 0, Hydrophobie 2, Puerperalfieber 1, Pyämie und Septicaemie 6, Tuberkulose der Lungen 62, Tuberkulose anderer Organe 15, Alkoholismus und Dilirium tremens 5, Lebensschwäche und Atrophia infantum 60, Marasmus senilis 30, Krankheiten des Verdauungskanals 240, Totgeborene 46.

Am 21. Juli d. J. betrug die Zahl der Kranken 10351 (20 wen. als in der Vorwoche.), darunter 714 Typhus — (76 mehr), 797 Syphilis — (65 mehr), 237 Scharlach — (7 mehr), 197 Diphtherie — (10 wen.), 64 Masern — (2 mehr) und 4 Pockenkranke (1 wen. als in der Vorw.)

— Die Gesamtzahl der Sterbefälle in St. Petersburg betrug in der Woche vom 15. bis zum 21. Juli d. J. im ganzen 756 (422 M., 334 W.), darunter an folgenden Krankheiten:

Typh. exanth. 0, Typh. abd. 22, Febris recurrens 0, Typhus ohne Bestimmung der Form 0, Pocken 0, Masern 13, Scharlach 7, Diphtherie 21, Croup 0, Keuchhusten 5, Croupöse Lungenentzündung 13. Erysipelas 4, Grippe 2, Katarrhalische Lungenentzündung 59, Ruhr 11, Epidemische Meningitis 11, Acuter Gelenkrheumatismus 0, Parotitis epidemica 0, Andrekrankheit 218, Anthrax 0, Hydrophobie 0, Puerperalfieber 1, Pyämie und Septicaemie 8, Tuberculose der Lungen 79, Tuberculose anderer Organe 12, Alkoholismus und Delirium tremens 3, Lebensschwäche und Atrophia infantum 46, Marasmus senilis 24, Krankheiten der Verdauungsorgane 198, Totgeborene 33.

✦ Nächste Sitzung des Vereins St. Petersb. Aerzte: Dienstag, d. 18. Sept. 1907.

Anmeldungen von Vorträgen erbeten!

✦ Nächste Sitzung des Deutschen ärztlichen Vereins: Montag, d. 24. Sept. 1907.


ANNONCEN JEDER ART werden in der **Buchhandlung** von **K. L. RICKER** in St. Petersburg, Nevsky-Pr. 14, sowie in allen in- und ausländ. Annoncen-Comptoiren angenommen.




An der Medizinischen Klinik und Poliklinik zu Marburg a./L. wird vom 7. bis 16. Oktober d. J. ein unentgeltlicher ärztlicher

Fortbildungskursus

abgehalten. Das Thema ist begrenzt auf die **Therapie innerer Krankheiten.** Anmeldungen sind bis 15. September an das Geschäftszimmer der Medizinischen Klinik zu richten. Ebendort ist ein genaues, weitere Einzelheiten enthaltendes Programm zu erhalten, welches für jede einzelne Stunde das zu besprechende Thema aufführt. (70) 2—1.

Nach langjähriger spezialistischer Tätigkeit in Berlin praktiziere ich im Sommer in

Bad Reichenhall.

Dr. Franz Rosenfeld,
Spezialarzt
für Nasen-, Hals- und Lungenleiden.
(Haus Duschl).







Die Quellen gehören der Französischen Regierung.

Man hüte sich vor Nachahmungen und bezeichne genau die Quelle.

VICHY CÉLESTINS — Nieren-, Harnblasen-, Krankheiten.

VICHY GRANDE GRILLE — Leber- und Gallenblasen-Krankheiten.

VICHY HOPITAL — Krankheiten der Verdauungs-Organe, des Magens und der Därme.

Im Deutschen Alexander-Hospital wird Nachweis erteilt über zur Zeit dienstfreie Pfleger und Pflegerinnen für die private Krankenpflege (gegen Zahlung von 50 Kop.)

Adressen von Krankenpflegerinnen:
Frl. Pauline Winkel, Конногвардейскій переулокъ 4, кв. 2.

Ein Pflanzen-Extract

zum inneren Gebrauche bei Gonorrhoe und Harnblasen-Entzündung

Antineon Lecher

Verkauf in Apotheken.
Betreffs Literatur sich zu wenden an Provisor

E. GÜRGENS

Moskau, Wolchonka.

Schlesischer Obersalzbrunnen
Oberbrunnen

Schutz-Marke

bei ALKALISCHE QUELLE ERSTEN RANGES
bereits seit **1601 ERFOLGREICH** verordnet.
Brunnenschriften und Analysen gratis und franko durch den VERSANDT des HERZOGLICHEN MINERALWASSERS von OBERSALZBRUNNEN.
FURBACH und STRIEBOLL, SALZBRUNNEN (in Schlesien)
Niederlage in allen Apotheken und Mineralwasser-Handlungen.

Verlag von August Hirschwald in Berlin.

Soeben erschien:
Die hygienisch-diätetische Behandlung der Syphiliskranke
von Dr. Julius Müller (Wiesbaden).
1907. gr. 8. Preis: 3 M.

Avis für praktische Aerzte!

Soeben erhalten
komplette Sätze und einzelne Teile von

Stau- und Saug-Apparaten

Modelle der königl. Chir. Universitäts-Klinik Bonn, nach Prof. Biers und Dr. Klapps Methode,

zur schmerzlosen Ausheilung, in schonendster Weise, **ohne Schnitt und Drainage,** auf dem einfachen Wege des Saugens, von verschiedenerlei entzündlichen Erkrankungen (Furunkel, Karbunkel, Abszesse, Bubonen, Tonsillen, Fistel, Mastitis, Panaritien. Gonorrhoe etc.).

Illustriertes Preisverzeichnis nebst kurzer Gebrauchsanweisung u. Auswahl der einschlägigen Fachliteratur wird an Reflektanten gratis verabfolgt.

Const. Malm,

St. Petersb. Morskaja, 34. Telephon № 1392.

Dr. Hofmann's Kuranstalt

Bad Nauheim

Spezialanstalt für herzleidende Neurastheniker. Entfettungskuren bei herzleidenden nach eigener Methode. Prospekt frei.

Dr. Hofmann, Dr. Pöhlmann.

(56) 15—12.

Dr. Hofmann praktiziert auch ausserhalb der Kuranstalt.

PERTUSSIN

Extract. Thymi saccharat. Taeschner.

ges. gesch. Einfuhr von der russ. Behörde gestattet.
Unschädliches, sicher wirkendes Mittel gegen:

Keuchhusten, Kehlkopf- und Bronchialkatarrh.

Literatur in hervorrag. Blättern Deutschlands u. Oesterreich-Ungarns.

Aerztliche Gutachten:

Prof. Dr. Ernst Fischer *(Strassburg)*:
Die Wirkung des „**Pertussin**" war eine überraschende; wenngleich ich nicht gerade sagen kann, dass der Keuchhusten sich in einigen Tagen in einen einfachen Katarrh verwandelte, so wurden die Anfälle so milde, der Schleim so locker, dass das Erschreckende des Keuchhustens, das Blauwerden und die drohende Erstickung, vollständig wegfielen.

Dr. Model, kgl. Bezirksarzt a. D. *(Weissenburg)*:
Nach dem Gebrauch des **Pertussin** war es mir beim Erwachen plötzlich, als athmete ich die freie herrliche Luft auf einem Alpen-Gipfel. Diese Leichtathmigkeit fiel mir besonders auf, der ich infolge langjähriger Bronchialkatarrhe an merklichem Emphysem leide.

Dr. Alfred Müller *(Neuhausen)*:
Mein Urtheil geht dahin, dass das **Pertussin** ein Mittel ist, das in kürzester Zeit den mit Recht so gefürchteten Keuchhusten in einen ungefährlichen und fast unmerkbaren Bronchialkatarrh überzuführen vermag. Ich kenne zur Zeit kein anderes Mittel, welches sich des gleichen Vorzuges rühmen dürfte.

Dr. Erich R. von Matzner *(Birkfeld, Steierm.)*:
Die drei mit **Pertussin** behandelten Bronchitiden, davon zwei bei Kindern, zählten zu den schwersten Formen und jedesmal erwies sich Ihr Präparat als von ausgezeichneter Wirkung; der starke Hustenreiz nahm in wenigen Stunden bereits ab und die Secretion begann sich bald zu verringern, die Temperatur fiel ab.

Verkauf nur durch die Apotheken, sowie durch folgende Engros-Depôts:
H. Bierstümpfel, Apotheker, Warschau, Marszalkowska 136. **Ad. Marcinczik, Apotheker, Kiew. Paul Seebode, Apotheker, Riga,** Kalkstr. 26. **B. Schaskolsky, Petersburg, Carl Ferrein, Moskau.**

Hergestellt in der **Kommandanten-Apotheke E. Taeschner, Berlin C. 19,** Seydelstrasse 16. (14) 0—5.

Das erste Moorbad der Welt

FRANZENSBAD

besitzt die stärksten Stahlquellen, leichtverdauliche Eisensäuerlinge, alkalische Glaubersalzwässer, Lithionsäuerlinge.

Natürliche kohlensäurereichste Stahl-, Mineral-, Sool- und Strombäder, heilkräftige Moorbäder, Dampf-, Heissluft-, elektrische Wannen- und Lichtbäder, medico-mechanisches Institut, Inhalatorium.

Oesterreichs hervorragendstes Herzheilbad.

Bewährt bei: **Blutarmut, Bleichsucht, Rheumatismus, Gicht, Nervenkrankheiten, Frauenkrankheiten, Herzkrankheiten.**

Saison Mai bis September. Prospekte gratis.

(26) 12—11.

Das Krankenutensilienlager des St. Petersburger Samariter-Vereins.

Maximilianowsky Pereulok, 11.

verleiht auf Empfehlung eines Arztes oder eines Mitgliedes des Vereins alle zur Krankenpflege notwendigen Gegenstände wie: Rollstühle, Wassermatratzen, Tragbahren, Krücken, Wannen, Eisbeutel, Irrigatore etc.
Das Lager ist täglich v. 10 bis 6 Uhr (an Sonntagen v. 12 bis 2) geöffnet.
Die Verwalterin ist Dienstags und Freitags v. 2—3 Uhr daselbst zu sprechen.

Herausgeber Dr. Rudolf Wanach. Buchdruckerei v. A. Wienecke Katharinenhofer Pr. № 15.

XXXII. JAHRGANG. ST. PETERSBURGER Neue Folge XXIV. Jahrg.

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Redaktion von

Prof. Dr. Karl Dehio. Dorpat.

Dr. Johannes Krannhals. Riga.

Dr. Rudolf Wanach. St. Petersburg.

Die „St. Petersburger Medizinische Wochenschrift" erscheint jeden Sonnabend.—Der Abonnementspreis ist in Russland 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr inkl. Postzustellung; in den anderen Ländern 20 Mark jährlich, 10 Mark halbjährlich. Der Insertionspreis für die 3mal gespaltene Zeile in Petit ist 20 Kop. oder 45 Pfen.—Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt. —Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.

Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate bittet man ausschliesslich an die Buchhandlung von K. L. Ricker in St. Petersburg, Newsky-Prospekt № 14, zu richten. — Manuskripte sowie alle auf die Redaktion bezüglichen Mitteilungen bittet man an den geschäftsführenden Redakteur Dr. R. Wanach in St. Petersburg, Petersb. Seite, Alexandrowski Pr. 6 zu richten. Sprechst. Dienstag, Donnerstag und Sonnabend 5—6.

№ 34 St. Petersburg, den 25. August (7. September). 1907.

Glaukom und Allgemeinleiden.

Zur Aetiologie und allgemeinen Therapie des sogen. „entzündlichen" Glaukoms.

Von

Dr. E. Blessig.

(Präsidialvortrag, gehalten im Verein St. Pet. Aerzte am 9. Januar 1907).

M. H.! Das Glaukom gilt zumeist noch für eine lokale Augenkrankheit, die als solche ausschliesslich örtlicher augenärztlicher Behandlung unterliege. Eine solche Auffassung dürfte aber nicht mehr zu Recht bestehen, da vielfache Beziehungen des Glaukoms zu anderweitigen Störungen des gesammten Organismus, insbesondere zu Kreislaufstörungen, nachgewiesen oder doch wahrscheinlich gemacht sind. Mir liegt nun daran Ihnen, m. H., besonders den Internisten unter Ihnen, die Abhängigkeit des Augenleidens von Allgemeinleiden auch inbezug auf den scheinbar lokalen Glaukomprozess hier darzutun und daraus eine Grundlage für gemeinsames therapeutisches Vorgehen zu gewinnen. Vorausgeschickt sei, dass hier nur von den sogen. „entzündlichen" Formen des Glaukoms (Gl. inflammatorium acutum resp. chronicum) die Rede sein soll. Wie weit die folgenden Betrachtungen auch für das sogen. Gl. simplex gelten, dessen Stellung zu den übrigen Glaukomformen noch strittig ist, — bleibe dahingestellt.

Vergegenwärtigen wir uns zunächst das klinische Bild des „entzündlichen" Glaukoms, so gewinnen wir durchaus den Eindruck einer mehr oder weniger schweren, akut entstandenen oder chronisch bestehenden intraokularen Zirkulationsstörung, einer Ueberfüllung des Augeninnern, einer Anschoppung im Auge. Hierauf deuten neben dem Kardinalsymptom der Drucksteigerung in chronischen Fällen: der pericorneale Kranz erweiterter vorderer Ziliarvenen, als Ausdruck einer venösen Stase, im akuten Glaukomanfall: tiefe ciliare Injektion, ödematöse Hornhauttrübung, oft auch Oedem (Chemose) der Conjunctiva bulbi. Schon der rasche Wechsel der Erscheinungen im prodromalen Stadium, ihre Flüchtigkeit, ihr oft plötzliches Auftreten und spurloses Schwinden nach Anwendung von Mioticis, sprechen für ihre zirkulatorische, nicht aber entzündliche Natur. Daher macht auch Lange [1]) in seiner 1896 erschienenen Abhandlung über unser heutiges Thema, die ich auch meinem Vortrag zu Grunde lege, den ganz richtigen Vorschlag die Bezeichnung „Gl. inflammatorium" durch die bezeichnendere „Gl. haemostaticum" zu ersetzen, doch hat diese sich bisher nicht eingebürgert.

Werfen wir weiter einen Blick auf die Ergebnisse der patholog. Anatomie. Kaum ein anderes Augenleiden ist Gegenstand so vieler und so gründlicher pathol. anatom. Untersuchungen geworden, wie gerade das Glaukom. Die dabei erhobenen Befunde sind sehr mannigfaltig und keineswegs eindeutig, nur die wesentlichsten können hier kurz rekapituliert werden. Ein chronologisches Verzeichniss der sehr reichhaltigen einschlägigen Literatur bis 1889 findet sich bei Knies [2]);

[1]) Lange. Ueb. Glauk. in seinen Beziehungen zu den Allgemeinerkrankungen. (Samml. zwangl. Abhandl. a. d. Gebiete d. Augenklinik. Bd. I H. 6. 1896).

[2]) Knies. Der heutige Stand unserer Kenntnisse üb. d. path. Anat. d. Glauk. (Zentralbl. f. allg. Pathol. u. pathol. Anat. 1890.

der späteren bis 1897 bei Tschemolossow [3]), eine knappe Uebersicht der Befunde giebt Greeff [4]), dem ich hier folge, in seiner pathol. Anatomie des Auges, eine ausführliche Zusammenstellung Zimmermann [5]).

Hier interessieren uns besonders die in relativ frühen Stadien des Glaukoms nachweisbaren Veränderungen, weil gerade diese eher als ursächliche Momente für das Zustandekommen des glaukom. Prozesses denn als Folgezustände angesprochen werden dürfen. Es sind hauptsächlich folgende:

Verlötung des Kammerwinkels, Verödung des mit den vorderen Ziliarvenen komunizierenden Schlemmschen Kanals.

Obliteration der Irisgefässe.

Schwellung der gefässreichen Ziliarfortsätze (später Schrumpfung).

Im Bereich der ganzen Uvea: Oedem mit geringer Infiltration, Ueberfüllung aller Gefässe, venöse Stase, Blutaustritte (später atrophische Vorgänge).

An den Vortexvenen, besonders an ihren Durchtrittstellen durch die Sklera, Peri- und Endophlebitis.

An den Gefässen der Netzhaut: Peri- und Endoarteriitis, (resp. -phlebitis) (s. u. Gl. haemorrhagicum) hyaline Degeneration (später Atrophie der Retina und des excavirten Sehnervs).

In der Hauptsache also: Veränderungen an den Gefässen, an den vorderen und hinteren Abflusswegen des Auges.

Solche Befunde lassen das Glaukomauge zu Zirkulationsstörungen, und zwar zu Stauungen disponiert erscheinen.

An Theorien über das Wesen des Glaukoms fehlt es nicht, aber keine von ihnen hat bisher allgemeine Anerkennung erlangt oder gar für alle Fälle Geltung gewonnen. Es ist übrigens, wie u. a. auch Lange (l. c.) bemerkt, sehr fraglich, ob das Streben nach einer einheitlichen Deutung aller Formen und Fälle von primärem Glaukom überhaupt berechtigt ist, ob der gleiche glaukom. Zustand nicht auf verschiedene Weise zustande kommen kann.

Auf eine Wiedergabe der verschiedenen Glaukomtheorien darf ich wohl verzichten, unter Hinweis auf die gangbaren ophthalmol. Lehrbücher sowie auf die Zusammenstellung der wichtigsten Theorien bei Lange (l. c.) und ihre eingehende Analyse bei Zimmermann (l. c.)

Nur soviel sei hier bemerkt, dass sie alle mit der Steigerung des intraokularen Druckes, als dem Ausdruck einer vermehrten Füllung des Auges rechnen, hervorgerufen durch eine Störung des normalen Gleichgewichts zwischen Zu- und Abfluss der Augenflüssigkeiten. Je nachdem, ob dafür gesteigerter Zufluss oder gehemmter Abfluss verantwortlich gemacht wird, lassen sie sich in „Zuflusstheorien" resp. „Abflusstheorien" scheiden.

Die anatomischen Veränderungen, die das Glaukomauge zur Stauung disponieren, können zunächst unter günstigen allgemeinen und lokalen Zirkulationsverhältnissen kompensiert werden. „Erst wenn andere Momente, entweder des vermehrten Zuflusses oder des gehemmten Abflusses, sei es für Blut oder Gewebeflüssigkeit, hinzukommen, dann muss bei einem bestimmten Grade derselben die Möglichkeit einer Kompensierung aufhören und die Drucksteigerung tritt plötzlich in Erscheinung" (Birnbacher) [6]). Solche die Kompensation störende Momente können vorübergehender Natur oder dauernde, in dem Zustande der Zirkulations- und Respirationsorgane gelegene sein. Eine Gelegenheitsursache können gewisse mit Stauung im Gebiete der Kopfgefässe verbundene Beschäftigungen abgeben, wie z. B. die Glasbläserei, das Spielen von Blasinstrumenten. So berichtet Lange [7]) über einen Clarinettebläser, bei dem nach längerem Spiel regelmässig ausgesprochene prodromale Glaukomerscheinungen auftraten, die bei Eseringebrauch ausblieben und nach der Iridektomie trotz fortgesetzten Blasens nicht mehr wiederkehrten.

Nach Weber [8]) ist in solchen Fällen die nächste Ursache des Glaukoms in einer Schwellung der gefässreichen Ziliarfortsätze zu suchen.

Weber hat es auch — soviel aus der Literatur ersichtlich — als Erster ausgesprochen, „dass das Glaukom nicht immer als eine reine Ophthalmie aufzufassen, sondern häufig nur ein Symptom pathologischer Veränderungen im Gesammtkreislauf sei. Jedenfalls könnten vorbereitete glaukomatöse Zustände unter ihrem Einfluss in manifestes Glaukom übergehen". [9]) Besonders hat er (l. c.) auch auf die Bedeutung einer Herabsetzung des Herz-Arteriendruckes resp. Erhöhung des Venendruckes durch etwa bestehende Herz- und Lungenleiden hingewiesen. Inbezug auf Herzklappenfehler ist ihm darin von Laqueur [10]) widersprochen worden. Solche kommen aber auch nur soweit in Betracht, als sie nicht kompensiert sind, ebenso wie Herzdegenerationen, wenn die Herztätigkeit durch sie insuffizient geworden. Anhaltende Hustenstösse und erschwertes Exspirium, wie bei Bronchialkatarrh, Emphysem und Asthma, können ebenso wie angestrengtes Blasen durch venöse Stauung zu Schwellung der Ziliarfortsätze führen und so in einem zu Glaukom disponierten Auge dieses hervorrufen.

Die Bedeutung allgemeiner Kreislaufstörungen wird von Michel [11]) nachdrücklich betont. In seinem bekannten Lehrbuch stellt er dementsprechend das Glaukom unter die Zirkulationsstörungen. In der unter seiner Aegide erschienenen Dissertation von Hirth [12]) finden sich unter 69 Fällen von primärem Glaukom nur 7 ohne gleichzeitig bestehende patholog. Veränderungen an Herz, Gefässen und Lungen angegeben.

Zimmermann sieht die erste einheitliche Ursache der verschiedenen Glaukomformen in einer Differenz zwischen Augendruck und Blutdruck, bedingt durch Verminderung des letzteren. Als Ausdruck dieser Druckdifferenz erscheint im Glaukomauge der Netzhaut-Arterienpuls. Er sagt (l. c. pg. 75): „Das Glaukom ist, wenigstens im Stadium der Prodrome, noch keine genuine eigentliche Erkrankung des Auges, sondern nur ein Symptomenkomplex, welcher sich in mehr passiver Form als Ausdruck der Erkrankung anderer Organe darstellt" und weiter (pg. 103) stellt er als erste seiner Thesen den Satz auf: „Das Glaukoma prodromale stellt keine eigentliche Erkrankung des Sehorgans dar, ist vielmehr das Pro-

[3]) Tschemolossow. Zur pathol. Anat. d. chronisch. entzündl. etc. Glauk. (med. Beilagen z. Marine-Archiv 1898). russisch.

[4]) Greeff. Lehrb. d. spez. pathol. Anat. v. Orth. (Liefer. 9—10. 1902—03).

[5]) Zimmermann. Beitr. z. Pathogen. u. Therapie d. Glauk. (Beitr. z. Augenheilk. Bd. 6. 1904).

[6]) Birnbacher. Beitr. z. Anat. d. akut. Glauk. 1890. (cit. n. Lange).

[7]) Lange. l. c. und: Zwei Fälle v. primär. Glauk. b. jugendl. Individuen etc. (Arch. f. Ophth. XXXIII. 1. 1887).

[8]) Weber. Die Ursache d. Glauk. (Arch. f. Ophth. XXIII. 1. 1877).

[9]) Weber. Ophth. Ges. Heidelberg 1868 (cit. n. Zimmermann).

[10]) Laqueur. Das Prodromalstadium d. Glauk. (Arch. f. Ophth. XXVI. 2. 1880).

[11]) Michel. Lehrb. d. Augenheilk. 2. Aufl. 1890.

[12]) Hirth. Ueb. Krankh. d. Zirkulationsorgane b. Glauk. I. D. Würzburg 1899. (Michel-Nagel Jahresber. pg. 649) cit. n. Zimmermann).

duktes einer Kreislaufstörung etc. und der mechanische Ausdruck einer Differenz zwischen allgemein arteriellem Blutdruck und dem Binnendruck des Auges". Dazu ist allerdings zu bemerken, dass die bisherigen experimentellen Untersuchungen das gegenseitige Verhältniss zwischen Blutdruck und Augendruck noch keineswegs klargestellt, vielmehr recht widersprechende Resultate ergeben haben. Nach einigen, besonders französischen Autoren soll gerade Steigerung des allgemeinen Blutdrucks zu Glaukom führen (cfr. Joseph[13]) und Levy[14]).

Auf Grund seiner Theorie wendet Zimmermann (l. c.) bei seinen Glaukomkranken in erster Linie Herzmittel an und zwar Strophantus, daneben auch Adonis, während er Digitalis für kontraindiziert hält. Die Resultate seiner Strophantustherapie des Glaukoms veranlassen ihn diese Behandlungsweise warm zu empfehlen[15]). Sie verdienen allerdings Beachtung und fordern zur Nachprüfung auf, mag ihre theoretische Begründung auch noch strittig sein. Auf die gleichzeitige Anwendung der bewährten Miotica sollte dabei aber nicht verzichtet werden. Ein solcher Verzicht ist allenfalls experimenti causa zulässig, wo es sich darum handelt die Leistungsfähigkeit der Cardiaca für sich allein nachzuweisen, für die Praxis ist er aber gewiss nicht zu empfehlen.

Auf Störungen der Kompensation, des Gleichgewichts zwischen Zu- und Abfluss in einem zu Glaukom disponierten Auge durch plötzliche Veränderungen der Zirkulationsverhältnisse auf vasomotorischem Wege ist wohl auch die bekannte Wirkung psychischer Einflüsse zurückzuführen. Bei sehr heftigen Affekten könnte auch eine für glaukomdisponierte Augen immer verhängnissvolle Pupillenerweiterung mit in Betracht kommen. Bekanntlich beobachtet man nicht selten nach starker Gemütsbewegung — erregender oder auch deprimierender Art — den Ausbruch eines akuten Glaukoms an einem bis dahin scheinbar gesunden Auge. Es ist das ein so häufiges Vorkommniss, dass sogar von einem „nervösen Glaukom" („Glaukome émotif") gesprochen wird. Etwas geradezu typisches hat das schon von v. Graefe im unmittelbaren Anschluss an Glaukomoperation des einen Auges beobachtete Auftreten von Glaukom am andern, scheinbar normalen Auge. Daraus ergiebt sich die gute Regel, vor jeder Glaukomoperation in das eventuell nicht zu operierende andere Auge ein Mioticum zu instillieren. Hier liegt das psychische Moment in der mit der Operation verbundenen Aufregung. Denselben Effekt kann auch eine den Patienten erregende ärztliche Konsultation haben. So hatte ich einmal gemeinsam mit Schroeder Gelegenheit bei einem an chronischem Glaukom leidenden Herrn während unserer Untersuchung und Beratung eine deutliche Zunahme der glaukomatösen Erscheinungen, besonders der Hornhauttrübung zu beobachten, die durch zunehmende Sehstörung sich auch dem intelligenten Patienten selbst sehr bemerkbar machte. Der Herr war zugleich Cellospieler und hatte während des mit Eifer und einiger Erregung betriebenen Spiels regelmässig eine Zunahme der ihm wohlbekannten subjektiven Glaukomsymptome (Chromopsien etc.) konstatiert. Nach erfolgreicher Iridektomie hat er später sein geliebtes, ihm bis dahin fast schon verleidetes Spiel ohne Beschwerden wieder aufgenommen. Aehnliche Wirkungen gewisser mit Erregung verbundener Beschäftigungen (Kartenspiel, aufregende Lektüre, geschäftliche Kalkulationen etc.) sind an Glaukomkranken vielfach beobachtet worden.

Reflektorisch-vasomotorische Vorgänge mögen auch den von vielen Beobachtern konstatierten Zusammenhang zwischen Glaukom und vorangegangenen langdauernden Neuralgien im Gebiet des Trigeminus, besonders seiner dentalen Zweige, zu Grunde liegen. Die dahin gehörige reichliche Kasuistik (s. bei Lange l. c.) bedarf jedoch kritischer Sichtung. Denn in manchen der mitgeteilten Fälle könnte die Neuralgie auch durch das Glaukom hervorgerufen sein, als ausstrahlender Glaukomschmerz gedeutet werden. Kommt es doch vor, dass ein Glaukom jahrelang verkannt und als Neuralgie oder Migräne behandelt wird.

Auch bei der häufigen Entwicklung von Glaukom während der Klimax mögen vasomotorische Einflüsse (congestive Zustände, „collaterale Fluxion" u. drgl. m.) eine ursächliche Rolle spielen. Tatsache ist, dass gerade das entzündliche Glaukom besonders häufig Frauen im klimakterischen Alter befällt und zwar häufiger, als gleichaltrige Männer. (Lange[16]). Vielleicht wird es auch durch eine schleichende Iridochorioiditis vermittelt. (Mooren[17]). Cohn[18]). Die bei alten Frauen häufig vorkommenden Iridochorioiditiden zeichnen sich allerdings durch besondere Neigung zu sekundärer glaukomatöser Drucksteigerung aus, weshalb bei ihnen auch Vorsicht in der Anwendung von Mydriaticis geboten ist.

Kehren wir nun zurück zur Tatsache der Gefässveränderungen im Glaukomauge. Gleichzeitiges Vorhandensein analoger Veränderungen im übrigen Gefässsystem ist dabei a priori zu erwarten. Darauf weist schon der Umstand hin, dass das primäre Glaukom vorwiegend eine Krankheit des höheren Alters, jenseits des 50. Lebensjahres, ist. Die Bedeutung seniler intra- und extraocularer Gefässveränderungen und allgemeiner Zirkulationsstörungen ist zuerst von Landsberg[19]) nachdrücklich betont worden. Er giebt den, wie es scheint zu wenig beachteten Rat, bei Glaukomkranken stets auch das Gesammtgefässsystem zu berücksichtigen. Ferner hat Mooren[20]) gleichfalls auf die Rigidität der Gefässwandungen als aetiologisches Moment und auf die Häufigkeit allgemeiner Arteriosklerose bei Glaukom hingewiesen. Beachtenswert ist in dieser Hinsicht die Angabe Hirth's (l. c.), dass unter 69 Glaukomfällen in 46 Sklerose der Carotiden konstatiert werden konnte.

Ganz augenfällig ist die Beziehung zwischen Gefässerkrankung und Glaukom bei dem typischen Glauk. haemorrhagicum (Synonym: „Retinitis haemorrh. mit nachfolgendem Glaukom"). Dieses hat einen ganz charakteristischen Verlauf: zuerst treten multiple Netzhautblutungen auf, dann, nach kürzerem oder längerem Intervall, bricht plötzlich ein akutes Glaukom aus. Die Aufeinanderfolge der Erscheinungen ist hier zu konstant, um einen Zweifel an einem ursächlichen Zusammenhang aufkommen zu lassen. Diesen haben wir uns wohl so zu denken, dass die Gefässerkrankung zuerst zu Netzhautblutungen und dann zu Glaukom führt. Knies[21]) Auffassung, dass wir es hier nur mit „Glaukom in ei-

---

[13]) Joseph. Recherches cliniques sur le glaukome etc. Thèse de Paris 1904 (Michel-Nagels Jahresber. pg. 593).

[14]) Levy. De l'action therapeutique dans le glaucome. Thèse de Nancy. 1904. (Michel-Nagels Jahresber. 617).

[15]) Zimmermann l. c. und: Naturforscher-Versammlung Meran 1905 (refer. in Klin. Monatsbl. 1905 pg. 399 s. a. Diskussion).

[16]) Lange l. c. und: Glaukom. Mitteilungen aus der St. Petersb. Augenheilanstalt Heft III. 1889.

[17]) Mooren. Gesichtsstörungen und Uterinleiden (Arch. f. Augenh. X. 1881).

[18]) Cohn, S. Uterus und Auge 1890.

[19]) Landsberg. Beitr. z. Aetiologie d. Glauk. (Arch. f. Ophth. XXI. 2. 1875).

[20]) Mooren. Fünf Lustren ophthalmolog. Tätigkeit. 1882. (cit. n. Lange).

[21]) Knies. Bezieh. d. Sehorgans u. sein. Erkrank. z. d. übrig. Erkrank. d. Körpers 1893.

nem gefässkranken Auge", also mit einer zufälligen Kombination zu tun hätten, kann ich ebensowenig teilen wie Lange (l. c.) Der anatomische Nachweis von Peri- und Endarteriitis (resp. -phlebitis) und hyaliner Degeneration der Netzhautgefässe ist gerade beim haemorrhag. Glaukom vielfach geliefert worden. (Valude[22]), Stölting[23]) u. A.), Die gleichen retinalen Gefässveränderungen werden auch bei andern Formen von Glaukom in deren späteren Stadien gefunden und dort für sekundär angesprochen (Garnier[24]), Tschemolossow (l. c.). Hier dagegen darf ihre Praeexistenz als erwiesen gelten. Als nächste Ursache der Netzhautblutungen ist in einigen Fällen partielle oder totale Thrombose der Vena centr. retinae nachgewiesen (Ischreyt[25])). Gerade dieses typische Glauk. haemorrhag. befällt vorwiegend Herz-, Gefäss- und Nierenkranke. Seine Beziehung zur Arteriosklerose scheint wohl allgemein anerkannt, so auch von Schmidt-Rimpler[26]), (der diese Glaukomform aber zu den sekundären zählt). Darum sind auch bei Netzhautblutungen älterer Leute wegen der notorisch vorhandenen Disposition zu Glaukom alle Mydriatica streng zu meiden! Dagegen empfiehlt sich im Hinblick auf die Möglichkeit, ja Wahrscheinlichkeit einer nachfolgenden Drucksteigerung die rechtzeitige Anwendung eines Mioticums (Pilocarpin).

Mehr als es bisher geschieht, sollten bei Glaukom, besonders beim haemorrhagischen, das Jod und seine Praeparate zur Anwendung kommen. Eine systematische Jodbehandlung wird bei nachgewiesener Arteriosklerose immer indiziert sein. Bei manchem meiner Glaukompatienten schienen mir J. Na. und Ti. Jodi in Verbindung mit der üblichen Lokaltherapie von wesentlichem Nutzen. Insbesondere hatte ich manches Mal den Eindruck, als ginge die Resorption eines nach Iridektomie resp. Sklerotomie hinterbliebenen Hyphaema bei Jodgebrauch rascher von statten, als es sonst in Glaukomaugen zu geschehen pflegt.

Im Anschluss hieran ist besonders noch zweier Krankheiten zu erwähnen, einer Stoffwechselstörung und einer chron. Infektionskrankheit, welche beide, wahrscheinlich durch Vermittlung von Gefässveränderungen, in der Aetiologie des Glaukoms fraglos eine Rolle spielen: Gicht und Syphilis.

Den alten Augenärzten, bis in die erste Hälfte des XIX. Jahrhunderts hinein, galt das Glaukom vorwiegend als gichtisches Augenleiden, wenngleich auch andere „Dyskrasien" dafür verantwortlich gemacht wurden. Beer (1817) spricht von einem „varicösen Zustand" des Auges (Cirsophthalmus), der u. a. „Folge einer arthritischen Augenentzündung" sein soll, bezeichnet das Glaukom auch direkt als „gichtischen schwarzen Star". Auch Rosas (1830) erklärt es für gichtischen Ursprungs. Canstatt (1831) und Sichel (1843) scheinen es als Chorioiditis aufzufassen, die meist arthritischer Natur sei. Auch bei Arlt (1847—1853) findet sich noch der Ausdruck „Arthritis anomala". (cit. nach Hirsch[27])). Späterhin ist, vielleicht infolge einer Reaktion gegen die alte humoralpathologische Auffassung, die Bedeutung der Gicht für die Aetiologie des Glaukoms stark in Zweifel gezogen worden. So kommt Foerster[28]) zum Schluss, dass unter der Bezeichnung „Ophthalmia arthritica" der älteren Autoren manche andere (besonders gonorrhoische) Augenleiden zu verstehen seien, nicht aber Glaukom. Für dieses, besonders das akute, leugnet er jegliche Beziehung zur Gicht. Jacobson[29]) und Knies (l. c.) erwähnen der Gicht als Ursache des Glaukoms überhaupt nicht. Im Gegensatz zu diesem ablehnenden Standpunkt der deutschen Autoren haben andere, so die Engländer, die aetiolog. Bedeutung der Gicht, besonders für das haemorrhag. Glaukom, stets anerkannt. (Hutchinson u. A.). Die Frage wurde auf dem VII. internationalen Ophthalmolog. Kongress in Heidelberg 1888 von Snellen[30]) wieder angeregt, als er in seinem Vortrag über Glaukom die Vermutung aussprach, dass die Ablagerung von Uraten in den Gefässen des Auges dabei eine aetiologische Rolle spielen könnte.

Positive Resultate einer systematischen antigichtischen Therapie des Glaukoms wurden zuerst von Eversbusch[31]) mitgeteilt, der es für möglich erklärt in solchen Fällen durch ein entsprechendes gegen die harnsaure Diathese gerichtetes Regime, nötigenfalls in Verbindung mit lokalen Maassnahmen (Miotica etc.) die Entwicklung des Glaukoms hintanzuhalten. Daraufhin hat Walter[32]) in zwei Fällen von Glaukom, einem akuten sowie einem chronischen, in dem nach Erblindung des einen operierten Auges die Operation des andern verweigert wurde, Piperazin brauchen lassen. In beiden Fällen bestanden Beschwerden, die auf Gicht bezogen werden konnten und hatte die Piperazinkur sichtlichen Erfolg. Wagenmann[33]) tritt der Frage näher und scheidet die gichtischen Augenleiden in entzündliche, direkt durch Ablagerung von Uraten hervorgerufene und in solche, die indirekt durch die gichtische Gefässerkrankung bedingt werden, wie das Glaukom. In 2 Fällen beobachtete er Coincidenz von Glaukomanfällen mit gichtischen Attaquen. Schmidt-Rimpler (l. c. pg. 399) und Groenouw[34]) erwähnen nur kurz der Gicht als gelegentlicher Ursache des Glaukoms. Trotz der erwähnten zweifellosen Erfolge hat die Gichttherapie bei Glaukom bisher noch kaum Eingang in die augenärztliche Praxis gefunden. Dies mag, wie Wagenmann meint, z. T. daran liegen, dass der Nachweis der etwa vorhandenen harnsauren Diathese nicht immer leicht zu führen ist, und selbst genaue Harnanalysen dabei nicht immer ein sicheres Resultat ergeben. Immerhin sollte, wo Verdacht auf gichtische Diathese vorliegt, eine entsprechende Diät und Behandlung eingeleitet werden. Seit einigen Jahren beobachte ich einen Fall der mir die optimistische Annahme Eversbusch's zu bestätigen scheint. Er betrifft eine notorisch gichtische Dame, bei der schon mehrmals, sowohl von mir, wie von anderer Seite fraglose pro-

---

[22]) Valude. Contribution à l'étude du glaucome hémorrhagique. Ophth. Ges. Heidelb. 1892.

[23]) Stölting. Ueb. Retinitis haemorrhag. mit nachfolg. Glauk. (Arch. f. Ophth. XLIII. 2. 1897).

[24]) Garnier. Z. Frage d. Pathol. d. Gl. und d. Rolle der Gefässveränder. (Westnik oftalmol. 1892) russisch.

[25]) Ischreyt. Beitr. z. pathol. Anat. d. haemorrhag. Netzhauterkrank. (Arch. f. Augenh. XLI. 1900).

[26]) Schmidt-Rimpler. Die Krankh. d. Auges i. Zusammenh. m. and. Krankh. 1898. p. 426.

[27]) Hirsch. Geschichte d. Ophthalmol. Handb. Graefe-Saemisch. 1. Aufl. Bd. VII. 1877. pg. 467—473.

[28]) Foerster. Bezieh. d. Allgem.-Leiden u. Organ.-Erkr. etc. Handb. Graefe-Saemisch. 1. Aufl. Bd. III, 1877.

[29]) Jacobson. Bezieh. d. Veränder. u. Krankh. d. Sehorgans z. Allgemeinl. etc. 1885.

[30]) Snellen. VII. internat. Ophthalmol.-Kongress. Heidelberg. 1888. pg. 246.

[31]) Eversbusch. Die neue Universit.-Augenheilanst. zu Erlangen 1893. pg. 81. und: Behandl. d. b. d. Krankh. d. Stoffwechsels etc. vorkomm. Erkrank. d. Sehorgans. Handb. d. spec. Ther. inn. Krankh. v. Pentzoldt u. Stintzing. Bd. V. pg. 176.

[32]) Walter. Z. Aetiol. u. Ther. d. Gl. Klin. Monatsbl. 1895. und: Zur internen Behandl. d. Glauk. Ophth. Klinik 1898.

[33]) Wagenmann. Einiges über Augenerkrank. bei Gicht Ophthalmol. Ges. Heidelberg 1896 und: Arch. f. Ophth. XLIII. 1. 1897.

[34]) Groenouw. Bez. d. Allgemeinleid. u. Organerkrank. z. Veränder. u. Krankh. d. Sehorgans. Handb. Graefe-Saemisch 2. Aufl. Lief. 37—38. pg. 370.

dromale Glaukomerscheinungen konstatiert wurden, die aber nach länger durchgeführtem antigichtischem Regime trotz Aussetzens des anfangs regelmässig gebrauchten Pilokarpins, nunmehr seit Jahresfrist nicht wieder aufgetreten sind. Aehnliche Beobachtungen könnten vielleicht öfter gemacht werden.

Fälle von Glaukom auf Grund von Syphilis wurden auf demselben VII. internat. Ophthalmologen-Kongress in der Glaukomdebatte von Pflüger, Wicherkiewicz, Waldhauer[35]) mitgeteilt, ferner auf dem Kongress der französischen Ophthalmol. Gesellschaft in Paris 1893 von Samelsohn u. A.[36]). Die Fälle betreffen meist jüngere Patienten und zeichnen sich dadurch aus, dass bei ihnen die antisyphilitische Behandlung mehr Erfolg hat als die medikamentöse und auch operative Lokaltherapie. Dabei kann das Glaukom sich auch mit spezifischer Chorioretinitis kombinieren (Parinaud's Fall cit. b. Lange). Auch Lange beschreibt (l. c. pg. 30) einen Fall von haemorrhag. Glaukom auf syphilitischer Grundlage bei einem 30-jährigen Mann. Das Auge kam zur Enukleation, die anatomische Untersuchung ergab ausgesprochene Gefässveränderungen. Solche sollen auch nach Samelsohn die nächste Ursache des Glaukoms der Syphilitiker sein. Auch Schmidt-Rimpler (l. c. pg. 480) und Groenouw (l. c. pg. 795) erkennen ein syphilitisches Glaukom an. Besonders bei jüngeren Glaukompatienten wäre also an die Möglichkeit einer solchen Aetiologie zu denken und eine Hg-Behandlung einzuleiten. Auf einen aetiologischen Zusammenhang zwischen Lues und Glaukom scheint mir auch folgende Kombination von Erscheinungen hinzuweisen: tertiär-luetische Sattelnase, Taubheit und Glaukom, — eine nicht selten zu beobachtende Trias.

Von anderweitigen Allgemeinleiden in Beziehung zum Glaukom liesse sich noch manches sagen. Die Disposition Nierenkranker zu haemorrhagischem Glaukom wurde bereits oben erwähnt und ist bei dem innigen Zusammenhang besonders der Schrumpfniere mit allgemeiner Arteriosklerose verständlich (cfr. Michel l. c. pg. 378). Also Vorsicht mit Mydriatitis auch bei Nephritikern! (Eversbusch l. c. Bd. II. pg. 377).

Im Verlaufe verschiedener akuter Infektionskrankheiten oder im unmittelbaren Anschluss an solche kann gelegentlich Glaukom auftreten. Besonders häufig ist solches nach Influenza beobachtet worden, aber gerade bei dieser kann der causale Zusammenhang nicht immer als erwiesen gelten. Bei der ungeheuren Verbreitung mancher Influenza-Epidemien kann es nicht ausbleiben, dass mancher von Glaukom Befallene vorher auch eine Influenza durchgemacht hat. Was in solchen Fällen als „propter hoc" gegolten, dürfte daher ebensowohl als einfaches „post hoc" gedeutet werden. (Kasuistik s. b. Lange l. c. pg. 32). Dagegen scheint es beim Erysipel besonders häufig zu akuten Glaukomanfällen zu kommen. Ueber einen solchen Fall berichtete u. a. Magawly[37]) im hiesigen deutschen ärztlichen Verein.

Schliesslich können beliebige interkurrente akute wie chronische Allgemeinerkrankungen dadurch, dass sie den Gesammtorganismus schwächen und die Triebkraft des Herzens herabsetzen, indirekt zur Entwicklung von Glaukom Veranlassung geben (nach Foerster, Laqueur, Jacobson, Michel l. c. u. A.)

Auf das vielleicht auch auf allgemeinen, im Gesammtorganismus liegenden Ursachen beruhende, mithin in gewissem Sinne gleichfalls hierher gehörige hereditäre, resp. familiäre Auftreten von Glaukom will ich hier nicht eingehen.

M. H.! Die angeführten Tatsachen sollten uns doch wohl veranlassen dem Allgemeinzustande der Glaukompatienten mehr Beachtung zu schenken, als es bisher geschieht.

Von der Lokaltherapie des Glaukoms, der medikamentösen wie operativen, will ich heute nicht reden, auch auf die neuerdings wieder recht lebhafte Kontroverse über den Heilwert der Iridektomie, inbezug auf Dauererfolge, und über die Leistungsfähigkeit der Miotica hier nicht eingehen. Nur soviel will ich bemerken, dass ich mich, ohne den Wert der Miotica zu unterschätzen und unter Anerkennung einiger bestimmter Kontraindikationen, im allgemeinen als entschiedener Anhänger der Iridektomie in möglichst frühen Stadien des entzündlichen Glaukoms bekenne. Ich glaube auch, dass beim Glaukom immer die Lokaltherapie an erster Stelle stehen wird, halte aber, und möchte das gerade hier betonen, ihre bisher fast ausschliessliche Anwendung nicht für richtig. Ich meine, dass sie in vielen Fällen durch eine entsprechende causale Allgemeinbehandlung zum mindesten wirksam unterstützt werden könnte und sollte.

Wir müssen uns daran gewöhnen in dem Glaukomkranken einen auch im übrigen, besonders inbezug auf seine Zirkulationsverhältnisse, nicht Gesunden zu sehen. Nicht das von Glaukom betroffene Auge allein soll Gegenstand unserer Behandlung werden, sondern der ganze am Glaukom leidende Mensch. Ich zweifle nicht daran, dass dann auch die Resultate der Glaukombehandlung und -Operation überhaupt befriedigendere würden. Ja, vielleicht liesse sich dadurch sogar die Entwickelung manches Glaukoms wirklich verhüten. Verhütung aber ist immer das letzte und höchste Ziel aller Heilkunst.

Bei solcher Auffassung der Glaukombehandlung wird der Augenarzt gewiss oft die Mithilfe des Internisten nicht entbehren können. Schon die Diagnose einiger der oben angeführten, dem Glaukom zu Grunde liegenden Allgemeinstörungen ist kein einfaches Ding, sondern erfordert oft spezielle Uebung und Erfahrung. Dasselbe gilt vielfach auch von der Allgemeinbehandlung und von der weiteren Ueberwachung des Allgemeinzustandes. Am ehesten wird das alles sich in der Privatpraxis durchführen lassen, wo zuverlässige Anamnesen zu erhalten sind und die unbegrenzte Möglichkeit zur Veranstaltung von Konsultationen und zur Ausführung komplizierter Untersuchungen geboten ist. Schwieriger ist das schon in der Hospitalpraxis, doch auch da sollte nach Möglichkeit die Durchführung der hier entwickelten Grundsätze der Glaukombehandlung angestrebt werden.

Hoffen wir im Interesse unserer Glaukomkranken, dass in Zukunft auch hierin Augenarzt und Internist Hand in Hand gehen. Für heute genüge uns der Nachweis, dass auch dieses scheinbar so spezielle Gebiet des Glaukoms nicht eine ausschliessliche Domäne des Spezialisten sein darf, sondern mit hinein gehört in das Gesammtgebiet der allgemeinen Medizin.

---

[35]) VII. internat. Ophthalmologen-Kongress. Heidelberg. 1888. pg. 276—288.

[36]) Bulletins et Mémoires de la Société française d'Ophthalmol. 1893. pg. 202 (cit. n. Lange).

[37]) Magawly: St. Petersb. med. W. 1890. pg. 301 u. 316.

Protokolle des II. Aerztetages

der

Estländischen Aerztlichen Gesellschaft am 3., 4. und 5. November 1906 zu Reval.

1. Sitzung.

Freitag, den 3. November von 12—1 Uhr Nachmittags.

(Fortsetzung).

Diese vorliegende Einteilung ist jedoch noch nicht fertig. Wir besitzen noch keine Liste von den in jedem Bezirk liegenden Ortschaften. In dem vor Kurzem den Herren Sanitätsärzten zugeschickten Auszug aus dem Protokoll der Sanitätskommissionssitzung vom 26. September 1906 sind die Güter und Landstellen aufgezählt und das dazu gehörige Bauerland zugerechnet. Diese Liste genügt jedoch nicht. Wäre unsere Karte ideal und würde man die in der Liste der zusammengezogenen Gemeinden aufgezählten Dörfer alle auf derselben finden dann könnte an der Zentralstelle eine Liste aller im Sanitätsbezirk befindlichen Ortschaften aufgestellt werden, aber Sie sehen die Karte stammt vom Jahre 1884, seitdem sind neue Plätze entstanden, die Namen von der Karte stimmen nicht mit den Namen der vorhandenen Verzeichnisse. Und doch muss für jeden Bezirk genau konstatiert werden welche Ortschaften er enthält, damit der Sanitätsarzt weiss, ob im Fall einer Epidemie die Sache ihn angeht und ob diese oder jene Schule von ihm zu revidieren ist; auch für die Bevölkerung ist es notwendig genau zu wissen an wen sie sich zu wenden hat. Infolge dessen ist die Bitte an die Herren Sanitätsärzte ergangen ihren Bezirk, den sie auf der ihnen zugeschickten Karte eingezeichnet finden, genau zu konstatieren und eine Kopie des Registers der Landessanitätskommisssion einzusenden. Ich hoffe, dass diese Aufgabe Ihnen nicht zu grosse Schwierigkeiten machen wird. Die Beihilfe der Arztverbandpräsides und der Kreisglieder der Landessanitätskommission ist Ihnen gesichert, falls dieser nicht ausreichen sollte, so rate ich sich an die Gemeindeschreiber zu wenden, welche eine Liste der zur Gemeinde gehörigen Ortschaften besitzen und an der Hand der Karte ganz genau werden angeben können, ob das fragliche Dorf innerhalb des eingezeichneten Sanitätsbezirks liegt oder nicht. Eine möglichste Beschleunigung ist insofern wünschenswert als die Zusammenstellung schliesslich ja offiziellerseits an die Gemeindeverwaltungen versandt werden soll.

Als Grundlage für die Einteilung haben nach wie vor die Arztverbände gedient. Ebenso wie die Grenzen des Sanitätsbezirks sich nicht mit denen des Kirchspiels decken, so wenig lassen sich für die Organisation der medizinischen Hilfe die Punkte festlegen, auf denen ein Arzt sich niederzulassen hätte, solange sein Unterhalt nicht aus allgemeinen sondern aus privaten Mitteln bestritten wird.

Nun sind wohl zum Teil in Folge der Subventionen in letzter Zeit neue Bezirksarztverbände entstanden, so in Harrien, Kusal und in Wierland, Kl. Marien und Haljall oder im Entstehen begriffen, so in Jakobi, in Johannis (Jerwen) und in Werpel. Man kann wohl nicht daran zweifeln, dass allmälig eine genügende Anzahl von Bezirksarztverbänden sich bilden wird so dass das ganze Land mit medizinischer Hilfe versorgt verden kann.

An einzelnen Stellen sind Sanitätsärzte ernannt worden auch ohne Anlehnung an einen Bezirksverband, wo jedoch die Ständigkeit aus anderen Umständen garantiert ist, beispielsweise durch eine Fabrik, wie in Turgel und Kunda. Für die nahstädtischen Bezirke mussten städtische Aerzte angestellt werden die allerdings infolge dessen, dass sie nur zwecks Ausübung ihrer sanitären Verpflichtungen ihren Bezirk besuchen, nicht in das notwendig intime Verhältnis zu dessen Bevölkerung treten können.

Es wäre mir lieb, wenn die Versammlung in der Diskustion sich darüber aussprechen würde, ob die Grundlage der Arztverbände für die medizinische Tätigkeit erspriesslich ist oder etwa eine andere den sanitären Interessen mehr entspricht abgesehen von der Subsistenzfrage.

(Fortsetzung folgt).

Bücheranzeigen und Besprechungen.

Gottfried Ischreyt (Libau): Klinische und anatomische Studien an Augengeschwülsten. Mit 18. Abbildungen im Text. Karger. Berlin 1906.

Das Material zu vorliegender Monographie, deren erste Kapitel bereits in der «Zeitschrift f. Augenheilkunde» 1905 erschienen sind, stammt teils aus des Verf. eigener Praxis, teils ist es ihm von mehreren baltischen Fachgenossen geliefert worden. Es enthält unter 20 Fällen 17 Tumoren des Augapfels und seiner Adnexa, z. T. Unica in klinischer wie in anatomischer Hinsicht. Die Auswahl des Materials und seine gründliche fachkundige Verarbeitung machen diese Studie zu einem sehr wertvollen Beitrag zur Onkologie des Auges. Ihr Wert wird noch erhöht durch die sehr eingehende Berücksichtigung der einschlägigen Literatur, so besonders der Kasuistik in dem Kapitel über epibulbäre Karzinome. Bei weiteren speziellen Studien über Augengeschwülste wird auch diese Arbeit gewiss stets gebührende Beachtung finden. Gern erwähnen wir ihrer auch hier als einer Frucht einheimischer ophthalmologischer Forschung.

Blessig.

Tagesnachrichten.

Personalia.

— Dem Dorpater Professor der Chirurgie Dr. W. Zoege von Manteuffel ist der Königl. Preussische Kronenorden II. Klasse verliehen worden.

— Der Ober-Militär-Medizinalinspektor Dr. Jewdokimow ist nach Petersburg zurückgekehrt und hatte seine Amtsfunktionen wieder übernommen.

— Sein 25-jähriges Jubiläum als ordentlicher Professor beging in der vorigen Woche der Direktor der Klinik und Poliklinik für Augenkrankheiten an der Universität Bonn, Geh. Medizinalrat Dr. Hermann Kuhnt. Der Jubilar, welcher gegenwärtig im 57. Lebensjahre steht, begann seine Lehrtätigkeit 1879 als Privatdozent der Augenheilkunde an der Universität Heidelberg, wurde dann 1881 ausserordentlicher und 1882 ordentlicher Professor in Jena und 1892 in Königsberg, von wo er zu Ostern d. J. an Prof. Saemischs Stelle nach Bonn berufen wurde. Im Jahre 1899 gründete er mit Professor v. Michel (Berlin) die Zeitschrift für Augenheilkunde, dessen verantwortlicher Redakteur er seitdem ist.

— Zum Präsidenten des vom 10./23.—16./29. Sept. d. J. in Berlin tagenden XIV. internationalen Kongresses für Hygiene und Demographie ist Prinz Heinrich zu Schöneich-Carolath gewählt worden. Als Vizepräsidenten werden der Professor der Hygiene Dr. Rubner (Berlin) und der Unterstaatssekretär Prof. Dr. v. Mayr aus München fungieren.

— Zu der bevorstehenden Konferenz der internationalen Liga zur Bekämpfung der Tuberkulose, welche in Wien stattfinden wird, sowie zum XIV. internationalen Kongress für Hygiene und Demographie in Berlin wird als Repräsentant des Medizinalrats mit Allerhöchster Genehmigung der Leibmedikus Dr. Leo Berthenson abkommandiert. Zu Vertretern des russischen Bureaus des Kongresses für Hygiene und Demographie in Berlin sind ausser dem Dr. Berthenson noch der Professor der Hygiene Dr. G. Chlopin und Dr. A. Wladimiroff gewählt worden.

— Ordensverleihungen. Für Auszeichnung in der Schlacht ist dem Divisionsarzt der 27. Inf.-Division Dr. Michael Feodossjew, dem Brigadearzt der 5. Schützenbrigade Dr. G. Waledinski und dem verabschiedeten Oberarzt des Jepifanschen Reserve-Infanterieregiments Dr. Emanuel Ebermann der St. Wladimirorden IV. Klasse mit Schwertern verliehen worden.

— Der Oberarzt des St. Petersburger städtischen Barackenhospitals zum Andenken an S. P. Botkin Dr. Possadski ist auf zwei Monate ins Ausland beurlaubt worden.

— Die medizinische Fakultät der Universität Giessen hat anlässlich des 300-jährigen Jubiläums der Universität ausser

den von uns bereits früher namhaft gemachten Gelehrten auch dem Greifswalder Professor der Hygiene Dr. Fr. Loeffler die medizinische Doktorwürde honoris causa verliehen.

— Der dirigierende Arzt der inneren Abteilung des neuen Rudolf-Virchowkrankenhauses, Prof. extraord. der Berliner Universität Dr. Alfred Goldscheider ist zum ordentlichen Honorarprofessor ernannt worden. Prof. Goldscheider, der langjährige Assistent und literarische Mitarbeiter Prof. v. Leydens, galt in vielen Kreisen als dessen natürlicher Nachfolger.

Nekrologe:

— Verstorben sind: 1) Am 17. August in Ufa der Ordinator des Gouvernements-Landschaftshospitals für Geisteskranke Dr. Jakob Kaplan im 32. Lebensjahre. Er wurde von einem in Untersuchungshaft befindlichen Arrestanten im Hospital ermordet. Der Verstorbene, welcher im Jahre 1898 die Venia practicandi erlangt hatte, war auch Arzt am weiblichen Gymnasium in Ufa. 2) In St. Petersburg der ältere Arzt des I. Eisenbahnbataillons Dr. Peter Pawlowski im Alter von 52 Jahren. Als Militärarzt ist P. fast 30 Jahre tätig gewesen. 3) Im Kirchdorfe Petkino (Gouv. Kursk) der Fabrikarzt Dr. Michael Fedorowski im 54. Lebensjahre. Der Verstorbene hat seit Absolvierung des Kursus in Charkow i. J. 1881 auf den Fabriken des reichen Tereschtschenko als Arzt gewirkt. 4) In Friedrichsham (Gouv. Wiborg) der ältere Arzt des 6. Finländischen Schützenregiments Dr. Alexei Shumikow im 51. Lebensjahre nach mehr als 20-jähriger ärztlicher Tätigkeit. Er ist freiwillig aus dem Leben geschieden, dem er am 5. August durch einen Revolverschuss ein Ziel setzte. Der Kollege Dr. J. Nemirowski schildert den Verstorbenen im «R. Wratsch» als einen «guten, sympathischen, begabten und humorvollen Menschen, der von allen geliebt wurde». 5) In St. Blasien (Grossherzogtum Baden) der berühmte Psychiater und Neurologe, Prof. emer. der Universität Halle Dr. Eduard Hitzig im Alter von nahezu 70 Jahren. Als geborener Berliner widmete er sich dem Studium der Medizin in seiner Vaterstadt, in welcher er 1862 auch den Doktorgrad erlangte. Hier wandte er sich der Nervenheilkunde zu und eröffnete eine Poliklinik, begann aber auch zugleich gemeinsam mit Prof. Fritsch jene erfolgreichen Forschungen zur Physiologie des Gehirns, die ihm einen hervorragenden Namen gemacht haben. Im Jahre 1872 habilitierte er sich als Privatdozent in Berlin, drei Jahre später wurde er ordentlicher Professor der Psychiatrie an der Universität Zürich, von wo er jedoch bereits 1897 als ordentlicher Professor der Psychiatrie und Direktor der Provinzial-Irrenheilanstalt in Nietleben berufen wurde. In Halle errichtete er 1886 die erste selbständige psychiatrische Klinik an einer preussischen Universität. Seit 1903 lebte er im Ruhestande. Ausser den Publikationen, die Hitzig über seine Hirnphisiologischen Forschungen veröffentlichte, wären noch zu erwähnen seine Schriften: «Ueber traumatische Tabes und die Pathogenese der Tabes im allgemeinen», «Ueber den Querulentenwahnsinn», «Der Schwindel (Vertigo)», in Nothnagels spez. Pathologie und Therapie.

Von Universitäten und medizinischen Instituten.

— Besetzung der Vakanzen in der Odessaer medizinischen Fakultät. Da im Laufe von 2 Jahren alle fünf ausgeschriebenen Konkurse zur Besetzung der vakanten Lehrstühle in der medizinischen Fakultät der Odessaer Universität erfolglos geweren sind infolge der Gruppierung der Professoren in zwei gleich starke Parteien, so hat der Minister der Volksaufklärung es für notwendig befunden, zwei Professoren der Warschauer Universität für die Zeit der Untätigkeit der letzteren an die Odessaer Universität abzukommandieren.

— Die Schliessung sämmtlicher Studentenkonvikte bei den russischen Universitäten ist gemäss einer unlängst erfolgten Verfügung des Ministeriums der Volksaufklärung erfolgt. Die dadurch freiwerdenden Räumlichkeiten sollen zu Laboratorien, wissenschaftlichen Kabinetten u. dergl. mehr Verwendung finden.

— Vom Eisenbahnminister ist es verboten worden, Studenten in den Verwaltungen und ebenso auf den Eisenbahnlinien zu beschäftigen.

— In der hiesigen Irrenanstalt Nikolai des Wundertäters ist die Order erlassen, keine Zuhörer der freien Hochschule im Hospital anzustellen.

— Eine Neuordnung für die Erhebung der Honorare für die Vorlesungen an der Dorpater Universität ist, wie die «Nordl. Ztg.» hört, vom Kurator des Lehrbezirks bestätigt worden. Während in den übrigen Fakultäten durchweg je 1 Rbl. pro wöchentliche Kollegstunde zu zahlen ist, sollen in der medizinischen Fakultät für die obligatorischen Fächer nur je 75 Kop., für die nichtobligatorischen aber gleichfalls 1 Rbl. pro Vorlesungsstunde seitens der belegenden Studierenden erhoben werden. Man ist damit im wesentlichen zum alten Modus zurückgekehrt, nach welchem durchweg je 1 Rbl. pro wöchentliche Vorlesungsstunde erhoben wurde. Diese Bestimmung wurde aber unter dem Budilowitschschen Rektorat, als die Zöglinge der geistlichen Seminare die Dorpater Universität zu bevölkern begannen, dahin abgeändert, dass die Grundtaxe von 1 Rbl. zwar beibehalten, die Studierenden aber im Maximum an Beleggeldern nur 20 Rbl. semesterlich zu erlegen hatten; die Folge dieses Maximums war, dass viele Professoren nur 40 Kop., ja auch nur 30 Kop. für die Kollegstunde erhielten.

Standesangelegenheiten.

— Im Verbande des russischen Volkes heisst es, dass der hiesige Arzt Dr. Dubrowin, der bekanntlich Präsident dieses Verbandes ist, auf seine Kandidatur für die nächste Wahlkampagne definitiv verzichtet hat.

— Aus Odessa sind die Aerzte Dr. P. Diatroptow, Leiter der dortigen bakteriologischen Station und Dr. W. Zwirko, Leiter der Desinfektionskammer, als politisch verdächtig vom Generalgouverneur für die Dauer des Kriegszustandes ausgewiesen worden.

— In Woronesch ist der zur Kadettenpartei gehörige Oberarzt der Landschaftsirrenanstalt Dr. Nikolai Wyrubow aus dem Dienst entlassen worden.

— Urteil in einem politischen Prozesse. Der Student der militär-medizinischen Akademie Nikolai Ssagredo wurde am 18. August von der St. Petersburger Gerichtspalate nach Art. 132 der Kriminalgesetze der Aufbewahrung von illegaler Literatur zum Zweck der Verbreitung für schuldig erkannt und zur Festungshaft von drei Jahren verurteilt.

— Vom Hauptstabe werden alle Aerzte der Militärreserve aufgefordert, sobald als möglich dem Militärchef des Kreises, in welchem sie in den Listen geführt werden, Auskünfte über ihre Spezialität einzusenden: z. B. Arzt für Nerven-, Augen-, Ohren-, chirurgische Krankheiten etc. Wenn einer der Aerzte eine eigene Klinik oder ein Hospital besitzt, so ist anzugeben, mit wie viel Betten und von wem die Statuten bestätigt sind. Diese Auskünfte sind der Ober-Militär-Medizinalverwaltung dringend notwendig und sie werden bei Verteilung der Reserveärzte im Kriegsfalle Bedeutung haben. Die Auskünfte können ohne Zwang in der Form zugestellt werden.

— Die Stadtduma von Nishni-Nowgorod hat beschlossen, zur Sicherstellung der Hinterbliebenen des Hospitalpersonals für den Fall des Todes desselben bei Ausübung der Pflicht während der Cholera das Personal nicht gegen Unfall zu versichern, sondern eine einmalige Zahlung zu leisten, und zwar im Falle des Todes eines Arztes—5000 Rbl., eines Studenten oder eines Feldschers—2000 Rbl., eines Sanitars — 1000 Rbl. und eines Bediensteten — 500 Rbl.

Epidemiologisches.

— Die Cholera macht in dem Wolgagebiete immer grössere Fortschritte. Die Stadt Samara, in welcher die Seuche zuerst ausbrach, ist seit dem Beginn dieser Woche von der Stadt Astrachan in Bezug auf die Zahl der Erkrankungen und Todesfälle an der Cholera bereits überflügelt worden. So erkrankten in Samara seit dem Ausbruch der Epidemie (3. Juli). 202 Personen und starben 92, während in Astrachan in viel kürzerer Zeit bereits 354 Personen erkrankt und 123 gestorben sind. Im Gouvernement Samara wurden 19 Choleraerkrankungen mit 10 Todesfällen und im Gouv. Astrachan bereits 23 Erkrankungen mit 12 Todesfällen konstatiert. Aus Nishni-Nowgorod, wo gerade der grosse Jahrmarkt stattfindet wurden 4 Cholerafälle, aus Simbirsk 3 Fälle, aus Tschistopol 4 Fälle, aus Baku 2 Cholerafälle gemeldet. Mehrere Choleraerkrankungen sind auf den Wolgaschiffen

vorgekommen. Der Schulunterricht wurde in den Wolgastädten bis zum 1. September vertagt.

— Pesterkrankungen sind in verschiedenen Ortschaften des Russischen Reiches konstatiert worden. So im Juli Monat im Kirchddorfe Pestschanka im Gouv. Saratow, wo 8 solcher verdächtigen Fälle vorgekommen sind, ferner in der Kirgisensteppe — 7 Fälle und in Haitschou (in der südlichen Mandschurei) — 16 Todesfälle.

— Die Cholera macht in Russland in der letzten Zeit riesige Fortschritte. Wieder ist es die Wolga, diese grosse Verkehrsader von Asien nach Russland und daher der Transportweg für alle Seuchen, an deren Ufern die Cholera zu Anfang des Julimonats zuerst aufgetreten ist und von dort sich schnell weiter verbreitet hat, da sie hier überall günstige Vorbedingungen findet. Wie soll das aber dort nicht sein, wo das durch die letztjährigen revolutionären Zeiten zu einer Unzahl angewachsene Proletariat nur von Gurken, Arbusen, Schnaps und Wasser lebt. Und was für ein Wasser! In Astrachan war, wie A. Wassiljew (Saratow) erzählt, der grosse Filter der städtischen Wasserwerke neulich mehrere Tage hindurch verstopft — ein ertrunkener Tatare war darin eingeklemmt. Wo soll sich aber ein Landstreicher sein Trinkwasser kochen, wenn er überhaupt kein Heim hat?

An der Spitze der choleraverseuchten Ortschaften steht das Gouvernement Astrachan, wo seit dem Ausbruch der Epidemie bis zum 23. August, also im Laufe eines Monats nicht weniger als 1304 Erkrankungen und 628 Todesfälle an der Cholera registriert wurden. Es folgt dann das Gouvernement Samara, in welchem die ersten Erkrankungen bereits am 3. Juli vorkamen, mit 248 Erkrankungen und 120 Todesfällen (bis zum 21. Aug. incl.). Im Gouv. Ssaratow wurden seit dem Ausbruch der Epidemie 157 Erkrankungen und 60 Todesfälle konstatiert. In Zarizyn sind am 13. und 14. August von verschiedenen Dampfern und Barken 10 choleraverdächtige Personen und 3 Leichname von Kranken gelandet worden, die unter choleraverdächtigen Symptomen gestorben waren. Aus Moskau wurde am 18. August der erste bakteriologisch festgestellte Cholerafall gemeldet. Die grösste Gefahr fürs Reich droht aber von Nishni-Nowgorod, wo jetzt aus Anlass der Messe zahlreiche Vertreter der verschiedensten Volksstämme aus dem Reiche und Zentralasien versammelt sind, die nach Schluss der Messe die Seuche in alle Himmelsrichtungen verschleppen können. Es sind auch dort bis zum 23. August bereits 68 Erkrankungen und 26 Todesfälle an der Cholera registriert worden.

Verschiedene Mitteilungen.

— Die ärztliche Unterstützungskasse in Warschau hat von einem in Lublin verstorbenen Herrn S. Wissnewski eine Spende im Betrage von 3000 Rbl. erhalten. Solche Spenden zugunsten von Aerzten sind bei uns eine Seltenheit!

— Die Gesellschaft für schnelle ärztliche Hülfe in Warschau ist während ihres 10-jährigen Bestehens in nicht weniger als 85,409 Unglücksfällen, d. durchschnittlich in mehr als 8500 Fällen jährlich, in Anspruch genommen worden, und zwar hauptsächlich von Arbeitern und Handwerkern (66,12%). In fast 28% der Fälle fand die Hülfeleistung in der Nacht statt. Auffallend häufig hat die Gesellschaft in der letzten Zeit (infolge der terroristischen Gewalttätigkeiten) bei Schussverwundungen Hülfe leisten müssen, nämlich im vorigen Jahre in 343 Fällen und in den verflossenen 7 Monaten des laufenden Jahres in 203 Fällen.

Bf.

— Die Gesamtzahl der Kranken in den Zivilhospitälern St. Petersburgs betrug am 28. Juli d. J. 10459 (108 mehr als in der Vorwoche), darunter 784 Typhus — (70 mehr), 816 Syphilis — (19 mehr), 232 Scharlach — (5 wen.), 210 Diphtherie — (13 mehr), 61 Masern — (3 wen.), und 4 Pockenkranke — (0 mehr als in der Vorw.).

— Die Gesamtzahl der Sterbefälle in St. Petersburg betrug in der Woche vom 22. bis zum 28. Juli d. J. im ganzen 758 (418 M., 340 W.), darunter an folgenden Krankheiten:

Typhus exanth. 0, Typhus abdom. 35, Febris recurrens 0, Typhus ohne Bestimmung der Form 0, Pocken 0, Masern 20, Scharlach 17, Diphtherie 17, Croup 0, Keuchhusten 7, Kroupöse Lungenentzündung 8, Erysipelas 3, Grippe 4, Katarrhalische Lungenentzündung 52, Ruhr 4, Epidemische Meningitis 8, Akuter Gelenkrheumatismus 0, Parotitis epidemica 0, Andrekrankheit 223, Anthrax 0, Hydrophobie 0, Puerperalfieber 0, Pyämie und Septicaemie 5, Tuberkulose der Lungen 71, Tuberkulose anderer Organe 14, Alkoholismus und Dilirium tremens 2, Lebensschwäche und Atrophia infantum 52, Marasmus senilis 23, Krankheiten des Verdauungskanals 193, Totgeborene 36.

✦ Nächste Sitzung des Vereins St. Petersb. Aerzte: Dienstag, d. 18. Sept. 1907.

Tagesordnung: A. Feldt: Ueber otitische Kleinhirnabszesse.

✦ Nächste Sitzung des Deutschen ärztlichen Vereins: Montag, d. 24. Sept. 1907.

Herausgeber Dr. Rudolf Wanach. Buchdruckerei v. A. Wienecke Katharinenhofer Pr. № 15.

XXXII. JAHRGANG. ST. PETERSBURGER Neue Folge XXIV. Jahrg.

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Redaktion von

Prof. Dr. Karl Dehio. Dorpat.

Dr. Johannes Krannhals. Riga.

Dr. Rudolf Wanach. St. Petersburg.

Die „St. Petersburger Medizinische Wochenschrift" erscheint jeden Sonnabend.—Der Abonnementspreis ist in Russland 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr inkl. Postzustellung; in den anderen Ländern 20 Mark jährlich, 10 Mark halbjährlich. Der Insertionspreis für die 3mal gespaltene Zeile in Petitist 20 Kop. oder 45 Pfen.—Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt. —Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.

Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate bittet man ausschliesslich an die Buchhandlung von K. L. Ricker in St. Petersburg, Newsky-Prospekt № 14, zu richten. — Manuskripte sowie alle auf die Redaktion bezüglichen Mitteilungen bittet man an den geschäftsführenden Redakteur Dr. R. Wanach in St. Petersburg, Petersb. Seite, Alexandrowski Pr. 6 zu richten. Sprechst. Dienstag, Donnerstag und Sonnabend 5—6.

№ 35 St. Petersburg, den 1. (14.) September. 1907.

Bücheranzeigen und Besprechungen.

Die therapeutischen Leistungen des Jahres 1906, Jahrbuch für praktische Aerzte, bearbeitet vom Herausgeber Dr. A. Pollatschek (Karlsbad) und Dr. Heinr. Nádor. XVIII. Jahrgang. Wiesbaden 1907, Verlag von J. F. Bergmann. gr. 8. 844 Seiten.

Als einen alten, stets gern gesehenen Freund begrüssen wir wieder das Pollatschek'sche Jahrbuch, welches in dem vorliegenden XVIII. Jahrgange in gewohnter Weise eine übersichtliche Zusammenstellung der therapeutischen Leistungen des Vorjahres bringt. Mit richtiger kritischer Würdigung haben alle im Laufe des verflossenen Jahres in der Fachliteratur erschienenen wichtigeren therapeutischen Arbeiten sorgfältige Berücksichtigung in dem Jahrbuche gefunden, so dass der vielbeschäftigte Praktiker sich ohne das lästige Suchen in den verschiedenen Zeitschriften rasch über die neuen therapeutischen Massnahmen und Mittel hier orientieren kann. Da der Herausgeber bei der Zusammenstellung der Referate hauptsächlich die Bedürfnisse des praktischen Arztes im Auge gehabt hat, so sind der pharmakologische Teil, die Ernährungstherapie und Diätetik, die Geburtshülfe, die leichtere operative Chirurgie möglichst eingehend bearbeitet worden, während die Spezialfächer, wie die Augen-, Ohren-, Kehlkopf-, Nasenheilkunde etc., nur soweit berücksichtigt worden sind, als es für die allgemeine Praxis oder zum Verständnis der spezialistischen Leistungen unumgänglich nötig erschien.

Die alphabetische Anordnung des Stoffes (nach den Krankheitsnamen) sowie ein Sach- und Autorenregister erleichtern die Auffindung des Gewünschten; ausserdem ist für diejenigen, welche sich im Original eingehender zu informieren wünschen, am Schlusse jedes Kapitels eine sorgfältige Angabe der Titel der benutzten Literaturquellen beigefügt.

Wie der verdienstvolle Herausgeber des Jahrbuchs Dr. Pollatschek in einem kurzen Vorwort zu diesem Jahrgange mitteilt, hat der grosse Umfang, den die therapeutischen Publikationen im Laufe der Jahre angenommen haben, schon längst eine Teilung der Arbeit bei der Zusammenstellung des Jahrbuchs nötig gemacht. Er hat sich daher veranlasst gesehen, Dr. Nádor, der ihn seit mehr als einem Dezennium bei der Berichterstattung für das Jahrbuch unterstützt, auch auf dem Titelblatte als Mitredakteur zu nennen.

Bernhoff.

Protokolle des III. Aerztetages

der

Estländischen Aerztlichen Gesellschaft am 3., 4. und 5. November 1906 zu Reval.

1. Sitzung.

Freitag, den 3. November von 12—1 Uhr Nachmittags.

(Schluss.)

Was nun die Aufgaben des Sanitätsarztes anbetrifft, so sind von der Sanitätskommission von dem Material, das dem vorigen Aerztetag vorlag kaum Abweichungen vorgenommen worden. Es ist aber die Erfahrung, die in dieser Sache mitzusprechen hat. Darum ersuche ich die Herren Kollegen hier am Ort ihre Erfahrungen über alles betreffend das Sanitätswesen auf dem Lande mitzuteilen.

Um die Arbeit der Schulrevisionen zu erleichtern und dieselben in ein einheitliches Schema zu bringen sind Formulare ausgearbeitet worden, die Ihnen hier vorliegen. Von dem Formular I A. das heisst das Formular für die Revision der Schulgebäude bitte ich in der Diskussion abzusehen, weil dieses Formular nur bei der ersten Revision fungiert, also grösstenteils schon erledigt ist. Nur diejenigen Sanitätsbezirke bei denen das Formular I A. noch nicht angewandt ist, werden in diesem Winter die Ausfüllung des Formulars nachholen müssen.

Dagegen kommt es für die anderen Formulare sehr darauf an, dass sie hier besprochen werden. Es kann an der Zentralstelle leicht etwas übersehen werden, was als notwendig und auch leicht durchführbar erscheint. Ein Beschluss über die Ausarbeitung der definitiven Formulare kann hier natürlich nicht gefasst werden, jedoch wird jede Meinung soweit sie hier ausgesprochen wird in der Landessanitätskommission die entsprechende Berücksichtigung finden.

Es würden sich für die Diskussion folgende Fragen für das Formular I B (d. h. die Revision der laufenden Veränderungen der Schulgebäude und die Revision der Schulkinder) ergeben:

1) Giebt das Formular ein richtiges Bild der Verhältnisse?

2) Belastet das Formular den Sanitätsarzt zu sehr?

3) Ist das Formular praktisch angeordnet?

Meine Herren! Die Notwendigkeit der Formulare ist, denke ich erwiesen. Bei der ersten Revision im Sommer 1905 bei der infolge Schulschlusses natürlich nur die Gebäude revidiert werden konnten, herrschte anfangs eine recht allgemeine Ratlosigkeit in welcher Weise die Revisionen vorgenommen werden sollten, bis auf meine Bitte Dr. Kupfer nach Beratung mit der vom II. Aerztetage eingesetzten Kommission zur Bearbeitung der sanitären Fragen einen Fragebogen den einzelnen Sanitätsärzten zusandte deren Benutzung oder Nicht-Benutzung natürlich jedem Sanitätsarzt frei stand, tatsächlich ist derselbe mit Auswahl benutzt worden, in einzelnen Bezirken mit Genauigkeit, so dass die späteren von der Sanitätskommission versandten Formulare danach ausgefüllt werden können. Im Ganzen hat jedoch die 1. Revision 1905 so sehr den Charakter des versuchsweisen und ungeregelten, dass sie kein genügendes Bild giebt und auch statistisch nur mit Auswahl verwertet werden kann. Aber dennoch ist sie von grossem Wert als erster Schritt in dieser Beziehung und auf Grund ihrer Vorzüge und Mängel sind die Formulare ausgearbeitet worden, welche heute Ihrer Beurteilung unterbreitet werden, einer Beurteilung, der bei Ihnen schon eine Erfahrung zu Grunde liegt, da an der Hand der Formulare bereits 349 Schulen revidiert worden sind. Laut einem mir vorliegenden Verzeichnis der Dorfschulen vom Jahre 1901/1902 besitzt Estland 477 solcher, wobei die ministeriellen und orthodoxen Kirchenschulen sowie die Lehr stuben nicht mitgerechnet sind.

Der schwierigste Punkt in der Sanitätsreform ist der Kampf mit den Epidemien. Die Einrichtung von ständigen Isolierhäusern ist mit soviel Unkosten verbunden, dass zur Zeit nur für grosse und gefährliche Epidemien daran gedacht werden kann. Zudem ist die Frage des Isolierzwanges für die weniger schlimmen Krankheiten eine offene, und die, infolge energischer Maassnahmen prompt eintretende Wirkung der Verheimlichung von Krankheitsfällen schadet der Sache mehr.

Erst mit dem Steigen der Urteilsfähigkeit dürfte hier Abhülfe geschaffen werden können. Man kann daher nicht erwarten, dass die Sanitätsreform gleich eine Abnahme der Epidemien als Effekt zu verzeichnen haben wird. Es ist sehr wohl zu verstehen, wenn die Herren Sanitätsärzte in ihren Berichten immer wieder die Aussichtslosigkeit ihrer Bemühungen gegen die Epidemie betonen, aber auch hier darf die Hoffnung nicht sinken. Es ist zweifellos, dass die Autoritäten zur Meldung aller Krankheitsfälle die Gemeindeältesten anhalten werden, dass die Bevölkerung allmälig den Nutzen der Isolierung einsieht. Gewiss kann man von einem Bauern nicht verlangen, dass er sein scharlachkrankes Kind gegen den Verkehr mit den übrigen Geschwistern abschliesst, aber man kann durchsetzen, dass aus diesem Hause kein Kind in die Schule geht, so lange die Ansteckungsgefahr besteht. Es sind zum Zweck der Aufklärung der Landbevölkerung Merkblätter auf Kosten der Ritter- und Landschaft gedruckt worden. Ich werde Ihnen dankbar sein, wenn Sie sich während der Diskussion kritisch über dieselben aussprechen.

Es erübrigt noch die Frage der Desinfektion auf dem Lande. Eine ständige Anstellung von Personen scheint nicht zweckmässig. Es könnten vielleicht solche im gegebenen Falle in Funktion treten und nach einer Taxe für die geleistete Arbeit honoriert werden. Man muss nur zuverlässige Personen ausfindig machen, und der Sanitätsarzt könnte dann ausser einer Rechnung für die Desinfektionsmittel noch eine für geleistete Desinfektion der Schulen einreichen.

An die Frage des Kampfes mit den Epidemien schliesst sich die des Impfreglements. Dieses ist der Sanitätskommission eingereicht worden und nach Durchsicht von juridischer Seite dem Herrn Gouverneuren zur Bestätigung übersandt.

Jedoch besteht die Möglichkeit auch jetzt noch Veränderungen vorzunehmen und darum habe ich den Herrn Dr. Nottbeck ersucht heute das Impfreglement, welches als eine verbindliche Verordnung, die es ja unserem Wunsche gemäss werden soll, reiflicher Ueberlegung bedarf, noch einmal der Beprüfung vorzulegen, zumal, da es wünschenswert erscheint, dasselbe in dem Sinne zu vereinfachen, dass die volle Kontrolle über das Impfwesen dem Sanitätsarzt übergeben werde und die Impfer sowie die Gemeindeältesten direkt von dem Sanitätsarzt abhängig gemacht werden.

Zum Schluss noch einiges über die Versorgung mit Hebammen: 22 Hebammen werden seit Einführung der Reform von der Ritter- und Landschaft subventioniert. Diese sind zu einer Taxe verpflichtet deren Höhe unter dem Maasse liegt wie sie auf dem letzten Aerztetag bestimmt wurde. Auf meine Veranlassung ist dem Ausschuss zweimal unterbreitet worden die Taxe auf das vom Aerztetag vorgeschlagene Niveau zu erhöhen, beide mal hat derselbe den Vorschlag verworfen. Diese Sache lässt sich fürs erste nicht mehr ändern. Für jeden Bezirk sind 2 Hebammen in Aussicht genommen worden, es fehlen also noch recht viele.

Ehe wir auf die Diskussion eingehen gestatten Sie mir hervorzuheben, dass die Reorganisation des Sanitätswesens bisher mit grossen Schwierigkeiten zu kämpfen gehabt hat und ihre Entwickelung infolge dessen nur langsam von statten ging. Es ist natürlich, dass infolge dessen die Resultate noch nicht im gewünschten Maasse zu verzeichnen sind. Es wäre aber ein grosser Fehler, wollten wir den Mut sinken lassen und den Wert des Ganzen anzweifeln. Wir wissen aus eigener Erfahrung, dass nur die stete und unverdrossene Arbeit von Erfolg gekrönt ist und so ist es auch in dieser Sache, die wachsen und gedeihen muss weil sie sich stützt auf die Erkenntnis des Guten und der Wohlfahrt der Bevölkerung gewidmet ist.

Ehe wir in die Diskussion eintreten bitte ich Herrn Dr. Kupfer einiges über die Tätigkeit und Vorschläge der Kommission für sanitäre Fragen vorzulegen.

Herr Kupffer-Kuda: Referat der Kommission für Bearbeitung sanitärer Fragen.

M. H. Die Tätigkeit der Kommission hat seit den Beratungen auf dem II. Aerztetage entsprechend dem gewordenen Auftrage in einer spezielleren Bearbeitung einzelner Gebiete des Sanitätswesens bestanden.

Ein Teil dieser Ausarbeitungen wurde der Landessanitätskommission zur Verfügung gestellt. Ein anderer Teil gelangte zur Versendung an die Landschaftsärzte und hatte zum Zweck die erstmalige Berichterstattung über die sanitären Zustände möglichst einheitlich zu gestalten, indem die Kollegen gebeten wurden bei ihren Referaten sich an die Beantwortung der zugesandten Fragen zu halten.

Der dritte Teil der Kommissionsarbeit bestand im Zusammentragen von Material zwecks Anfertigung von Musterplänen für Doktorate, Hospitäler, Schulen und Armenhäuser etc. Da jedoch ein Fertigstellen solcher Pläne nebst Kostenanschlägen ohne Hinzuziehung eines Architekten nicht möglich ist, so musste die Einwilligung der Gesellschaft erst abgewartet werden. — Die Kommission ist bereit die Ausarbeitung solcher Musterpläne zu übernehmen, bittet aber dann die dazu nötigen Mittel bewilligen zu wollen. Die Kommission ist der Meinung, dass diese Arbeiten von grossem praktischem Wert sein werden. Durch solche Pläne wird es den Landschaftsärzten sehr erleichtert sein bei Neubauten Rat zu erteilen, umso mehr als den Plänen auch sog. Leitsätze beigefügt sein werden.

Der angeschlossene Kostenanschlag nebst detaillierter Materialangabe wird den Bauherrn gleich einen guten Ueberblick geben und ihnen ohne viel Schwierigkeiten eine Auswahl unter den vorgelegten Musterplänen ermöglichen.

In Anbetracht dessen, dass viele Arbeiten der Kommission noch nicht abgeschlossen sind, verschiebt die Kommission den Bericht hierüber auf den nächsten Aerztetag und schlägt vor zur Klärung einiger Fragen aus dem Gebiet der Sanitätsreform eine Diskussion zu eröffnen, um die an diesen Fragen am meisten interessierten Landschaftsärzte zu Wort kommen zu lassen.

Zunächst bittet die Kommission sich mit den Sanitätsbezirken zu befassen.

Die Einteilung des Landes in Sanitätsbezirke ist zwar von offizieller Seite erfolgt. Jedoch dürfte es die Sache nur fördern, wenn wir uns auch mit diesem Kapitel der Sanitätsreform befassen, sind die Kollegen von der Landpraxis doch gut instruiert und werden am besten angeben können wie in den einzelnen Fällen die Abgrenzung im Detail erfolgen sollte. Diese letztere ist nämlich vorgenommen worden ohne dass man auf die seit Jahrzehnten erfolgte Verschmelzung der Gutsgebiete zu sog. vereinigten Gemeinden Rücksicht genommen hat.

Ein Beispiel erläutert die Sache am besten. Die Gebiete a, b, c, d, e sind zu einer sog. vereinigten Gemeinde zusammengezogen. Gebiet a ist nun dem Sanitätsbezirk x zuge-

teilt, während b, c, d, e zum Sanitätsbezirk y gehören. Alle Gebiete zusammen haben ein gemeinsames Armenhaus. Diese vereinigte Gemeinde hat somit 2 Sanitätsärzte. Jeder von diesen soll nun das Armenhaus (in anderen Fällen ist es eine gemeinsame Schule) revidieren. Und solche Fälle sind garnicht so selten. Bei den 30 Sanitätsbezirken kommen etwa 18 mal Zerstückelungen von Gemeinden vor. Dass die Sanitätsbezirke nicht mit den Kirchspiels- resp. Kreisgrenzen überall zusammenfallen konnten ist ganz verständlich. Da nun aber die Gemeindebezirke auch gesprengt sind und man auf die alten Gutsgebiete zurückgegriffen hat, so müssen die Landschaftsärzte unter einander sich einigen, wie sie sich in die betreffende Gemeinde teilen wollen.

Auch auf einen anderen Punkt möchte ich gleich hier aufmerksam machen. Ich meine die Grösse der Sanitätsbezirke. Da auf dem Lande in Estland namentlich in einigen Kreisen sehr wenig Aerzte vorhanden sind, so mussten die Sanitätsbezirke sehr gross werden und es mussten ausserdem noch städtische Kollegen von ihrem Wohnort weit entfernte Gemeinden als Sanitätsärzte übernehmen, mithin Gegenden in denen sie garnicht praktisieren. Das kann wohl nur als Provisorium angesehen werden. Da gerade in diesen Teilen des Landes sich keine neuen Arztverbände gebildet haben oder alte sehr weitverzweigte bestehen geblieben sind, so konnte es ja nicht anders gemacht werden. Zu leugnen ist nun aber nicht, dass fürs Erste in Bezug auf die medizinische Hülfe in solchen Gegenden Alles beim Alten geblieben, während allerdings für die offizielle Sanitätsaufsicht viel geschehen ist. Solche Orte sind medizinisch also noch zu versorgen. Eventuell muss eben in einer solchen Gegend ein Sanitätsarzt postiert werden, der dann dort auch zu praktisieren hätte, obgleich ein Arztverband nicht vorhanden ist. Auch in Bezug auf diesen Punkt werden die Kollegen gebeten anzugeben, wo im Lande medizinische Hülfe noch sehr fehlt und in welcher Weise speziell Abhülfe geschafft werden könnte.

Zum Schluss sei noch der Bekämpfung der Epidemien Erwähnung getan. An der Lösung dieser Aufhabe aus dem Gebiet des Sanitätswesens arbeitet die ganze Welt. Wenn bei uns jetzt auch nur etwas geschieht, so ist das schon gegen früher ein grosser Fortschritt. Neben der Belehrung durch Wort und Schrift werden, womöglich, die Immunisierungsverfahren an erster Stelle in Anwendung kommen müssen. In dankenswerter Weise sind von Seiten der Landesverwaltung den Landschaftsärzten in Estland die verschiedensten Hülfsmittel für die Diagnostik und Prophylaxe der epidemischen Krankheiten zur Verfügung gestellt. So kann z. B. der Verbreitung der Pocken jetzt energischer entgegengetreten werden. Es wäre daher an der Zeit sich über diejenigen Schritte zu einigen, welche die Landschaftsärzte zu ergreifen hätten, um die Ausübung der Pockenimpfung auf dem flachen Lande so erfolgreich als möglich zu machen.

Die Hauptmängel des Impfwesens sind zur Zeit folgende Es wird zu wenig Sorgfalt darauf verwandt, dass alle Impfpflichtigen der Impfung zugeführt werden, da oft gar keine oder nur mangelhafte Impflisten zusammengestellt werden, ja oft sogar nur in der Gemeinde bekannt gemacht wird, wann und wo geimpft wird ohne irgend Jemand namentlich zu zitieren. Dass bei dieser Methode eine Kontrolle ganz ausgeschlossen erscheint, ist selbstverständlich, und hat zur Folge, dass oft nur die mit Erfolg geimpften Kinder notiert werden, weil die Gemeinde garnicht weiss, wer faktisch zu impfen ist. Die auf den Gütern lebenden Personen z. B. bleiben meist ganz unberücksichtigt. Sodann lässt die Handhabung der Nachschau viel zu wünschen übrig. Der Impfer kontrolliert z. B. garnicht immer selbst den Erfolg der Impfung. Nicht selten melden blos die Eltern das Resultat. Dabei wird das Angehen blos einer Impfpocke als genügender Impferfolg angesehen. Dann ist die verwandte Lymphe oft untauglich sowie das Instrumentarium des Impfers. Das Impfgeschäft wird nicht sauber genug vorgenommen und der Impfer spart Lymphe um des pekuniären Gewinnes willen. Eine Revakzination wird nicht allgemein geübt. In den Schulen finden auch ungeimpfte Kinder Aufnahme. Erfolglos Geimpfte werden durchaus nicht immer nochmals geimpft. Beim Ausbruch von Pockenepidemien werden Massenimpfungen resp. Revakzinationen nur selten und nicht umfangreich genug oder zu spät vorgenommen. Es ergiebt sich demnach Folgendes als notwendig und könnte wohl auch durchgeführt werden, wenn den Landschaftsärzten volle Aktionsfreiheit gewährt würde:

Alle Landschaftsärzte lassen von den Gemeinden unter ihrer Aufsicht genaue Impflisten nach den Angaben der Geistlichen (resp. Sektenvorsteher) und Gutsverwaltungen anfertigen, erwirken sodann namentliche Zitation der Impflinge durch die Gemeindeältesten, kontrollieren die Impfung sowie die Nachschau und führen allmälich eine regelmässige Revakzination ein.

Das Wichtigste ist, dass der Landschaftsarzt die Möglichkeit hat die in Frage kommenden Beamten so zu beeinflussen, dass sie alle in der von ihm gewünschten Weise vorgehen. Ein Impfreglement, welches diese Möglichkeit gewährleistet muss ideal genannt werden.

Die Kommission bittet auch zu dieser Frage Stellung zu nehmen und wo möglich dem Impfreglement die oben bezeichnete Form zu geben.

1) Soll die Kommission Musterpläne für Doktorate, Schulen, Hospitäler etc. anfertigen und stehen derselben Mittel der Aerztegesellschaft zur Verfügung?

2) Wie sollen die Sanitätsbezirke abgegrenzt werden an solchen Orten, wo die Gemeindegrenzen mit den Sanitätsbezirksgrenzen nicht zusammenfallen?

Welche Gegenden Estlands sind medizinisch noch nicht genügend versorgt und an welchen Orten wären Ambulanzen abzuhalten, Hospitäler zu errichten, Aerzte und Hebammen anzustellen?

Diskussion:

Herr Sohn-Reval: Proponiere im Schema I. B. Punkt 8 unter 2) an Stelle des Wortes Polypen oder cariöse Zähne lieber zu sagen «Grösse der Tonsillen», da letztere wichtiger für den Gesundheitszustand sind und leichter der Untersuchung zugängich gemacht werden können.

Herr Stillmark-Pernau stellt die Frage, ob eine gesetzliche Berechtigung für die Sanitäts- resp. Schulärzte vorliegt, Trachomkranken den Schulbesuch für die Dauer ihrer Erkrankung zu verbieten.

Herr Frey-Rappel proponiert an der betreffenden Stelle zu setzen «hatten nicht Impfnarben» oder Punkt 11 1) ganz zu streichen.

Herr Lockenberg-Luggenhusen schlägt vor eine Beantwortung der Frage zu erzielen, ob der Sanitätsarzt berechtigt ist im Falle er als Sanitätsarzt konsultiert wird zwecks Feststellung einer infektiösen Krankheit dann ein Honorar zu verlangen, wenn es sich erweist, dass blos deshalb angegeben worden, es sei eine Infektionskrankheit aufgetreten, um den Arzt frei zu haben.

L. meint, es würden die Leute oft diesen Weg einschlagen, um ein Honorar zu ersparen, falls der Sanitätsarzt, wenn er als solcher zu einem Kranken gerufen würde, immer auf ein Honorar verzichte.

Herr Luig-Kunda: Es ist wünschenswert, dass Merkblätter über alle akuten Infektionskrankheiten, die nach dem Gesetz den Ausschluss der erkrankten Kinder aus der Schule bedingen, den Schullehrern eingehändigt werden, weil diese den Ausschluss auch von sich aus zu verfügen verpflichtet sind, bevor der Sanitätsarzt benachrichtigt werden kann.

In Bezug auf die Hebammentabelle ist zu bemerken, dass dort eine Rubrik fehlt, nämlich die für Aborte, die denn auch bei der Gruppierung der Summen der lebend resp. totgeborenen Kinder zu berücksichtigen wäre.

Herr Keck-Turgel: In Schulen von 120 und mehr Kindern ist es unmöglich in kurzer Zeit eine genauere Untersuchung zu machen, besonders der Ohren, der Nase und des Herzens.

Herr Hollman-Tarwa: Es wäre dringend erwünscht die Liste der eventuell zu konstatierenden Krankheiten bedeutend zu verkürzen und vor Allem im Schema die genauen Diagnosenbezeichnungen zu vermeiden, da sonst die Untersuchung zu viel Zeit erfordern dürfte.

Herr Luig-Kunda: Die Fragen über den Gesundheitszustand der Schulkinder sind in der Tabelle I. B. meiner Meinung nach allgemein genug gehalten, um auch bei schneller Untersuchung eine relativ genügende Beantwortung zu ermöglichen. Die Untersuchung hat natürlich stattzufinden am entkleideten Kinde, wodurch kein Zeitverlust einzutreten braucht. Schwierigkeiten bereiten einzelne Fragen z. B. Otitis med. Skoliose, gewisse Fälle von Syphilis etc. Es wird bei diesen Fragen nur die positive Antwort Wert haben, etwaige Omissa können somit dem Sanitätsarzt nicht zur Last fallen. Er muss schnell arbeiten. Je mehr Uebung er hat, desto genauer werden die Resultate sein.

Herr Kienast-Haggers ist für das Bestehenbleiben des detaillierten Schema von Tabelle I. B., da dadurch dem Vergessen eines Punktes vorgebeugt wird.

K. ist gegen die langdauernde zu detaillierte Untersuchung. Das Material ist grössten Teils normal. Es lassen sich die wenigen wichtigen Erkrankungen leicht appart untersuchen.

Herr Haller-Reval fragt an was geschehen soll resp. geschieht, wenn eine Schule so schlecht ist, dass sie eigentlich überhaupt nicht mehr zu benutzen ist. Der Sanitätsarzt berichtet der Landessanitätskommission und bis etwas auf diesem Wege geschehen kann ist die Bauperiode vorüber.

Der Arzt klärt den Schulmeister auf, welcher die Missstände meist selbst schon kennt, aber die Abstellung derselben bei der Gemeinde nicht erreichen kann. Kann der Sanitätsarzt nun nach dieser Richtung hin auch in Aktion treten. Kann er sich direkt mit Forderungen an die Gemeinde wenden, wo es dringend nötig ist?

Herr Kuppfer-Kuda: Der Sanitätsarzt kann gewiss sich an die Gemeinde wenden und diese zu überreden suchen die Uebelstände abzustellen. Ich habe das auch immer (sowohl in Estland als in Livland) und oft mit Erfolg getan.

Zu empfehlen ist auch sich mit den Bauerkommissären in Relation zu setzen. Verpflichtet zu solchem Vorgehen ist der Sanitätsarzt nicht. Er kann aber um der guten Sache willen gewiss so handeln.

Was den Ausschluss von trachomkranken Schulkinder anlangt, so habe ich als Sanitätsarzt in Livland einen solchen stets verlangt und erst den Schulbesuch wieder gestattet, wenn eine genügende Behandlung erfolgt war. Zu den vom Gesetz als ansteckend bezeichneten Krankheiten gehört das Trachom nicht.

Herr Lockenberg-Luggenhusen betont den Mangel an Sauberkeit in den Schulen und macht den Vorschlag Merkblätter zu verbreiten, in denen vorgeschrieben wird, wie eine Schulreinigung zu geschehen hat und welches ihre Bedeutung ist. L. schlägt vor Desinfektore auszubilden und eine Taxe für dieselbe auszuarbeiten. Er meint, es würden sich geeignete Personen wohl überall finden.

Herr Tomberg-Jewe proponiert die Sanitätskommission des Aerztetages zu beauftragen genau zu präzisieren, nach welchen Infektionskrankheiten eine Desinfektion obligatorisch ist.

Herr Haller-Reval glaubt, dass um Buntscheckigkeit zu vermeiden allgemeine Gesichtspunkte über Desinfektion aufzustellen sind, nach denen dann im ganzen Lande verfahren werden muss. Auch wäre es wichtig sich darüber zu einigen, welche Methoden überhaupt in Frage kämen, damit die Desinfektionen auch wirklich etwas leisten.

Es wird die Sanitätskommission beauftragt auszuarbeiten Musterpläne für Schulen, Armenhäuser, Hospitäler, Doktorate, sodann Leitsätze für Schulbauten und Desinfektionen auf dem Lande, sowie eine Taxe für Desinfektion.

Dr. Kusik-Reval: Bericht der Kommission behufs Einleitung der vorbereitenden Schritte zur Gründung eines Vereins zur Bekämpfung der Tuberkulose in Estland.

Auf dem letzten estl. Aerztetage wurde von mir beantragt, der estl. Aerztetag möchte sich für die Bekämpfung der Tuberkulose interessieren, namentlich die Frage entscheiden, ob es für uns opportum ist das Rigaer Filialstatut zu akzeptieren oder ob es nicht geboten wäre, eine eigene estl. Gesellschaft zur Bekämpfung der Tuberkulose zu gründen. Der Antrag wurde akzeptiert und zur Beprüfung der Frage eine Kommission ernannt bestehend aus den Herren Büttner, Greiffenhagen, Haller, Kusick, Kusmanoff, Maydell und Sohn.

Bevor ich auf die Ergebnisse der Beratungen dieser Kommission eingehe, möchte ich mir erlauben, Ihnen einige Daten über den Werdegang der Gesellschaft zur Bekämpfung der Tuberkulose, die ihren Sitz in Riga hat, ins Gedächtniss zurückzurufen:

Die Gesellschaft konstituirte sich im Oktober 1901 in Dorpat mit Prof. Dehio an der Spitze, nachdem sie im Juli ihre Bestätigung erhalten hatte. Kaum hatte der Verein seine Tätigkeit begonnen, als sich auch schon Unzulänglichkeiten im Statut zeigten. Riga nämlich wollte sich als Filiale konstituiren und kam mit einem Statutenentwurf für Filialen ein, der die Bedeutung der Zentrale ernstlich gefährdete; so lautete z. B. der Punkt 4 dieses Statuts: «Alle Kapitalien der Filiale sind ihr Eigentum, jedoch können dieselben auch der Verwaltung der Gesellschaft sowohl zur freien Verfügung, als auch zur Verwendung für einen bestimmten Zweck übergeben werden».

Im Punkt 6 heisst es weiter: «Wenn es notwendig ist allgemeine Massregeln zu ergreifen, Verfügungen und Instruktionen zu erlassen, welche für alle Filialen verbindlich sind, Ehrenmitglieder der Gesellschaft zu erwählen und überhaupt bei Entscheidungen von Fragen, welche die gesammte Gesellschaft berühren, nicht ausgeschlossen die Verwendung der Kapitalien der Zentrale und ihrer Filialen, hat die Verwaltung der Gesellschaft die Verpflichtung, die in Rede stehenden Fragen vorher der Begutachtung der Verwaltungen oder der Generalversammlungen der Filialen zu unterbreiten und ist dann gehalten sich von einer Majorität von $^2/_3$ der zur vorliegenden Frage eingelaufenen Antworten leiten zu lassen. Dabei repräsentiert jeder Beschluss einer Filiale, sowohl als auch der Beschluss der Zentrale soviel Stimmen, als sie zur Zeit Mitglieder zählen».

Wenn die Gesellschaft in Dorpat diese Punkte akzeptiert hätte, so hätte sie nur noch ein Scheindasein geführt und wäre in jeder Beziehung von der Filiale in Riga abhängig gewesen, da ja naturgemäss zu erwarten stand, dass Riga die grösste Mitgliederzahl aufzuweisen haben würde.

Um einer Zersplitterung vorzubeugen, fand die Dorpater Zentrale keinen anderen Ausweg als Riga die Verwaltung der Gesellschaft anzutragen. Riga akzeptierte dieses Anerbieten und der Sitz der Verwaltung wurde Ende 1902 nach Riga verlegt, nachdem der Dorpater Verwaltungsrat sich aufgelöst hatte.

Der neue Verwaltungsrat in Riga schritt nunmehr zur Ergänzung der Statuten durch Ausarbeitung eines Statuts für Zweigvereine und trat zu diesem Zweck mit der Revaler Interessentengruppe, die schon im Februar 1902 auf Initiative des Dorpater Verwaltungsrats sich zusammengefunden hatte und aus den Herren Exc. Baron Budberg, Dr. Büttner, Dr. Greiffenhagen, Oberpastor Hahn, Redakteur Hoerschelmann, Stadthaupt von Hueck, Konsul O. Koch, Dr. Kusick, Dr. Baron Maydell, Redakteur Mickwitz, Notarius Riesenkampff und Dr. Weiss bestand, in Relation.

Trotz beiderseitigen scheinbar guten Willens und trotz vieler Sitzungen konnte eine Einigung nicht erzielt werden, da Riga als Zentrale nicht mehr so stand, wie es als Filiale gestanden, weshalb auch das neuproponierte Filialstatut von dem früheren gänzlich abwich. Diese Verhandlungen zogen sich durch das ganze Jahr 1903 hin und nachdem wir nach Möglichkeit Konzessionen gemacht, glaubten wir auf den beiden nachstehenden von uns aufgestellten §§ beharren zu müssen:

I. Jeder Zweigverein stellt 50 pCt. der Jahresbeiträge seiner Mitglieder dem Zentral-Komité zur Disposition, über die übrigen Einnahmen verfügt er nach eigenem Ermessen, und II. der Verwaltungsrat hat aus Vertretern der Hauptgesellschaft und der Zweigvereine proportional ihrer Mitgliederzahl zu bestehen.

Wie nicht anders zu erwarten stand, liess die Generalversammlung in Riga unsere Wünsche unberücksichtigt und stellte ihr eigenes neues Filialstatut zur Bestätigung vor, die auch im Mai 1904 erfolgte.

Auf dem XVI. livl. Aerztetage in Dorpat referierte der derzeitige Präses des Tbk. V. Dr. Max Schmidt auch über die mit Reval gepflogenen Verhandlungen und sagte unter anderem: Das Filialstatut gewährt die grösste Selbstständigkeit, «wir haben die Absicht durch Geschäftsordnung festzusetzen, dass lediglich die Hälfte der ordentlichen Mitgliedsbeiträge an die Hauptgesellschaft abgeführt wird, die andere Hälfte, ebenso wie die etwaigen Spenden und Stiftungen bleiben zur Disposition des Filialvereins, der auf die Weise in der Lage ist selbständige Wege zu gehen. Es liegt nicht in der Absicht des Hauptvereins alle Gewalt an sich zu reissen und das ganze Land in seine Botmässigkeit zu zwingen, sondern wir haben den grossen Wunsch, das Interesse an der Sache des Kampfes mit der Tuberkulose möchte im ganzen Lande ein so intensives sein, dass wir bald auf Früchte hinweisen könnten, welche von diesem Interesse gezeitigt wurden».

Die für uns speziell in Frage kommenden Punkte des neuen Statuts lauten: «Die Zweigvereine üben ihre Tätigkeit auf Grundlage dieses Statuts und der von der Generalversammlung der Gesellschaft bestätigten Geschäftsordnung aus».

Ferner: «Das Verhältniss der Zweigvereine zur Gesellschaft und unter einander, insbesondere auch die Verwendung der eingezogenen Spenden und Beiträge, regelt eine von der Generalversammlung der Gesellschaft zu bestätigende Geschäftsordnung».

D. h. den Zweigvereinen steht das Recht zu, Kapitalien anzusammeln, über die Verwendung derselben verfügt aber die Generalversammlung der Zentrale.

Dass eine solche Tätigkeit wenig erspriesslich ist, liegt klar auf der Hand und wird auch durch die bisherige Tätigkeit der Sammelstellen, welche ungefähr den zu gründenden Filialen entsprechen würden, illustriert. So führte z. B. Dorpat im Jahre 1902 gegen 2000 Rbl. nach Riga ab, im folgenden Jahr aber nur noch 100 Rbl.; von in Estland und Reval gesammelten Beiträgen gingen an mich ein pro 1902 über 500 Rbl. und pro 1903 nur noch 42 Rbl. und für die letzten Jahre ist kaum noch etwas zu verzeichnen gewesen.

Die Kommission ist nach allseitiger Erwägung dieser Fragen einstimmig zu dem Schluss gekommen, dass dem eingeschlafenen Interesse für die Tuberkulosefrage nur aufzuhelfen ist durch eine Loslösung von Riga und durch die Begründung einer estl. Gesellschaft zur Bekämpfung der Tuberkulose.

Wenn wir einen Zweigverein begründen wollten, würde dieser durch das Rigasche Statut nur zu einer Sammelstelle für Spenden und Beiträge degradiert und auch diese würden

nur sehr spärlich fliessen und wie die obigen Zahlen beweisen, schliesslich ganz versiegen. Wenn wir durch Begründung eines eigenen Vereins auch nicht in absehbarer Zeit in der Lage wären ein eigenes Sanatorium zu gründen, so würde doch das Interesse für dieses so dringende Bedürfniss wach erhalten werden und die Beiträge und Spenden wurden entschieden reichlicher uns zufliessen, wenn wir ein eigenes Unternehmen im Auge haben, als wenn wir das gesammelte Geld nach Riga senden und dadurch ein uns doch relativ fremdes Institut unterstützen.

Wenn, wie ich hoffe, der estl. Aerztetag den Kommissionsbeschluss, eine estl. Gesellschaft zur Bekämpfung der Tuberkulose zu begründen, acceptiert, so müsste unbedingt gleich an die Ausarbeitung eines Status geschritten werden; denn wenn auch sich im Balticum die Wellen der Revolution noch nicht beruhigt haben und in Folge dessen der Zeitpunkt für die Gründung dieser Wohltätigkeitseinrichtung nicht gleich pekuniär glänzende Erfolge verspricht, so können wir doch sicher durch die neue Strömung auf ein günstiges Statut rechnen und in der Zeit, welche die Vorarbeiten beanspruchen, wird hoffentlich auch unser Staatsschiff sich wieder in ruhigem Fahrwasser befinden und wir können mit Ruhe und Eifer dem uns gesteckten menschenfreundlichen Ziele zustreben.

Veranlasst durch die Ausführungen des Redners beschliesst die Versammlung die Kommission behufs Einleitung der vorbereitenden Schritte zur Gründung eines Vereins zur Bekämpfung der Tuberkulose in Estland, bestehend aus den Herren Dr. Büttner, Greiffenhagen, Haller, Kusick, Kusmanoff, Maydell und Sohn, wiederzuwählen und beauftragte dieselbe Statuten auszuarbeiten und dann einen Aufruf zu erlassen zwecks Gründung einer Gesellschaft zur Bekämpfung der Tuberkulose in Estland durch eine Interessentengruppe.

Tagesnachrichten.

Personalia.

— Der Obermedizinalinspektor der Flotte, Leibchirurg wirkl. Geheimrat Dr. Kudrin, ist nach Beendigung seiner Inspektionsreise ins baltische Gebiet nach St. Petersburg zurückgekehrt und hat seine Amtsfunktionen wieder übernommen.

— Vor kurzem beging der berühmte frühere Bonner Anatom und Zoologe Prof. Dr. Franz v. Leydig sein 60-jähriges Doktorjubiläum. Der Jubilar, welcher bereits 86 Jahre zählt, ist seit 1887 auch korrespondierendes Mitglied der Akademie der Wissenschaften in Berlin und lebt im Ruhestande in seiner Vaterstadt Rothenburg in Bayern.

— Das Ehrenzeichen für 40-jährigen tadellosen Dienst ist dem ehemaligen Gehülfen des Militärmedizinalinspektors des kaukasischen Militärbezirks Geheimrat Dr. N. Kapazinski, und dem emeritierten Professor der Pharmakologie an der Kiewer Universität, wirkl. Staatsrat Dr. Karl Heubel, verliehen worden, ersterem am Georgs- und Wladimirbande und letzterem am Wladimirbande.

— Der Allerhöchste Dank wurde eröffnet: Dem Verwaltenden der St. Petersburger Entbindungsanstalt, Ehrenvormund, wirkl. Staatsrat Batjuschkow, für eifrigen und nutzbringenden fünfzigjährigen Dienst.

— Der verabschiedete Arzt Dr. Sjanoshenski ist als Gehülfe des Woronesh'schen Gouvernements-Medizinalinspektors wieder in den Dienst gestellt worden.

— Der ausseretatmässige Assistent an der Nervenklinik der Dorpater Universität Dr. Wilh. Lange ist als ausseretatsmässiger jüngerer Medizinalbeamter in die Verwaltung des Obermedizinalinspektors nach Petersburg übergeführt worden.

— Professor Dr. Robert Koch, der seine Forschungen über die Schlafkrankheit bereits zu Ende geführt hat, wird in nächster Zeit die Rückreise aus Südafrika antreten; er wird zu Anfang des Novembermonats in Berlin zurückerwartet.

— Wie verlautet, hat Prof. Dr. Karl Hirsch, Direktor der Freiburger medizinischen Poliklinik, den Ruf an die Universität Göttingen als Direktor der mediz. Klinik an Stelle von Prof. His, der Nachfolger Leydens in Berlin geworden ist, angenommen.

— Der erste Assistent an der Würzburger Augenklinik Prof. extraord. Dr. Paul Römer folgt einem Rufe an die Greifswalder Augenklinik als Nachfolger von Prof. Dr. Heine, der an Stelle des nach Strassburg übersiedelnden Prof. Otto Schirmer die Leitung der Kieler Augenklinik übernimmt.

— Am 26. August ist der Kirchspielsarzt zu Subbath (in Kurland) Dr. Eugen Stender und sein Söhnchen durch einen Blitzschlag, der durch das Telephon in das Doktorat drang, stark verletzt worden. Dr. Stender trug bedeutende Brandwunden davon, während sein Söhnchen geblendet ist.

— Die St. Petersburger Stadtverwaltung hat zum internationalen Kongress für Hygiene und Demographie, der am 10. September in Berlin eröffnet wird, den Sanitätsarzt Dr. Paul Kaschkadamow abdelegiert. Ausserdem wird der Präsident der St. Petersburger städtischen Sanitätskommission, der gegenwärtig zur Kur in Karlsbad weilt, als Vertreter der Stadt an dem Kongress teilnehmen.

Nekrologe:

— Verstorben sind: 1) Am 19. August in Kosmodemjansk (Gouv. Kasan) der Landschaftsarzt aus dem Kirchdorf Pichtulino (im Kosmodemjanskischen Kreise) Dr. Wolkow an der Cholera, mit welcher er sich auf einem Wolgadampfer infiziert hatte. 2) Am 6. August in Moskau der freipraktizierende Arzt Dr. Nikolai Pismenny im 64. Lebensjahre nach fast 40-jähriger ärztlicher Tätigkeit. In früheren Jahren war er Ordinator am Marienkrankenhause für Arme in Moskau. 3) Am 24. August in St. Petersburg der freipraktizierende Arzt, Staatsrat Dr. Alexander Milewsorow, im Alter von 55 Jahren. Die Venia practicandi hatte er im Jahre 1878 erlangt. 4) Auf der Station Mugodshar (Gouv. Orenburg) der Eisenbahnarzt der Taschkenter Bahn Dr. Nikolai Benediktow im 43. Lebensjahre. Der Verstorbene, welcher seit 1891 als Arzt tätig war, lebte in früheren Jahren als freipraktizierender Arzt in der Stadt Krasnojarsk im Gouv. Jenissei.

— In München ist am 19. August nach kurzem, schweren Leiden und wiederholten Schlaganfällen Frau Professor Josephine Vogel, geb. Hefner, die Wittwe des bekannten Kinderarztes und weiland Dorpater Professors Dr. Alfred Vogel, im Alter von 77 Jahren gestorben. Fast ein Vierteljahrhundert hindurch ist Frau Prof. Vogel und ihr gastliches Haus in den sechziger, siebziger und achtziger Jahren ein Mittelpunkt der Musikwelt Dorpats gewesen, wo sie als begeisternde Lehrmeisterin in selbstloser Weise eine Schaar stimmbegabter Schüler ausgebildet hat, darunter auch mehrere spätere Aerzte, die ihr ein ehrenvolles und dankbares Andenken bewahren werden.

Von Universitäten und medizinischen Instituten.

— Zum Vorsitzenden der medizinischen Prüfungskommission bei der Odessaer Universität für das Lehrjahr 1907/8 ist vom Ministerium der Volksaufklärung der Kliniker Prof. Dr. S. Lewaschew bestimmt worden; als Glieder der Kommission werden die Professoren N. Batujew, S. Golowin, A. Korsch, N. Popow und N. Uschinski fungieren.

— Der Zudrang zu den russischen Universitäten und übrigen Hochschulen ist ein geradezu kolossaler und steht in argem Missverhältnis zu der Zahl der vorhandenen Vakanzen. So sind z. B. an der Dorpater Universität 1500 Aufnahmegesuche, an der Moskauer 2500 Gesuche, an der militär-medizinischen Akademie über 600 Gesuche eingelaufen, während in Dorpat in der med. Fakultät keine Vakanzen vorhanden sind, in die Moskauer medizinische wohl nur die Abiturienten der Gymnasien des Moskauer Lehrbezirks Aufnahme finden werden und in die militär-medizinische Akademie nur 80 Aspiranten aufgenommen werden konnten.

— Die Prüfungen zur Erlangung des Arztgrades an der militär-medizinischen Akademie konnte im Maimonat wegen Schliessung der Akademie in einigen Fächern nicht abgehalten werden, was nun auf Anordnung des Kriegsministers nachträglich vom 3.—10. September stattfinden soll.

— Die Auszahlung der Stipendien an die Studenten der militär-medizinischen Akademie, die am 3. September erfolgen sollte, ist bis zur Entscheidung dieser Frage durch die Konferenz der Akademie und den Kriegsminister aufgeschoben worden. Die Frage bezüglich des Schicksals der im Frühjahr aus der Akademie ausgeschlossenen Studenten soll in einer der nächsten Sitzungen der Professorenkonferenz beraten und hierauf dem Kriegsminister zur definitiven Entscheidung unterbreitet werden. Einige der ausgeschlossenen Studenten sollen übrigens bereits zu Universitäten übergegangen sein, ohne die definitive Entscheidung ihres Schicksals abzuwarten.

— Eine Konferenz von Delegierten der studentischen Seniorenkonseils russischer Hochschulen fand in der vorigen Woche in St. Petersburg statt. Es hatten sich zu dieser jedoch nur Vertreter aus Moskau, Petersburg, Kiew und Jarosslaw eingefunden, so dass die Konferenz nicht den Charakter einer «allrussischen» trug, wie das in Aussicht genommen war. Es erwies sich auf der Konferenz, dass man das neue am 11. Juli d. J. erlassene Reglement für die Studentenorganisationen ignorieren will; der Vorschlag zur Inszenierung eines Proteststreikes fand jedoch keine Sympathie.

— Die Wittwe des kürzlich verstorbenen Syphilidologen Professor Gay in Kasan hat die wertvolle Bibliothek ihres Mannes, welche aus 3000 Bänden besteht, der Kasanschen Universität geschenkt.

Standesangelegenheiten.

— Der zur Kadettenpartei gehörige Direktor der Landschaftsirrenanstalt in Woronesh Dr. N. A. Wyrubow, welcher, wie wir in der vorigen Nummer mitteilten, aus dem Dienst entlassen wurde, ist jetzt auch aus dem Woronesh'schen Gouvernement ausgewiesen worden.

— Wie dem «R. Wratsch» mitgeteilt wird, wurde die Nr. 6 der «Medizinischen Chronik des Charkowschen Gouvernements» wegen eines von Dr. S. N. Igumnow in dieser anlässlich der Schliessung der 2. Reichsduma veröffentlichten «regierungsfeindlichen» Artikels konfisziert und Dr. Igumnow als Autor des Artikels vom Gouverneur auf administrativem Wege mit 500 Rbl., resp. entsprechendem Arrest bestraft. Nachdem nun Dr. Igumnow die Gefängnisstrafe abgesessen, verlangt der Gouverneur, dass er auch von seinem Posten als Chef des Sanitätsbureaus der Charkower Gouvernements-Landschaft entlassen werde. Dem verantwortlichen Redakteur der obenerwähnten «Med. Chronik etc.» Präsidenten des Landschaftsamtes Fürsten Golizyn ist dagegen keinerlei Strafe auferlegt worden.

— Dr. J. Kaplan, dessen Ermordung wir in der vorigen Nummer (S. 329) meldeten, ist, wie sich jetzt herausstellt, ein Opfer seines Berufes geworden. In der ihm unterstellten Abteilung der Ufaschen Irrenanstalt war am 17. August durch das Benehmen eines ungewandten Wärters eine starke Erregung unter den Patienten entstanden. Da es dem Ordinator Dr. Pawlow nicht gelang die Irren zu beruhigen, so bat er Dr. Kaplan hinzu, dem die Kranken gewöhnlich gut gehorchten. Als nun Dr. Kaplan erschien, stürzten sich die Insassen der Krankenabteilung diesmal voller Wut auf ihn, so dass es trotz der ihm sofort seitens der Krankenwärter erwiesenen Hülfe nicht mehr gelang ihn zu retten. Bei der Sektion der Leiche erwies es sich, dass Dr. Kaplan ausser Schlägen auch Messerstiche erhalten hatte.

— Honorierung der ärztlichen Atteste für die Lebensversicherung in Deutschland. Wie wir seinerzeit berichteten (cfr. Nr. 27, S. 266 d. Wochenschrift), beschloss der diesjährige deutsche Aerztetag in Anbetracht der heutigen verteuerten Lebensverhältnisse das Honorar für die hausärztlichen Atteste auf 10 Mark und für vertrauensärztliche Atteste auf mindestens 15 Mark zu erhöhen. Infolge dieses Beschlusses ist nun eine ernste Differenz zwischen den deutschen Aerzten und dem Verbande der deutschen Lebensversicherungsgesellschaften ausgebrochen. Der Verband deutscher Lebensversicherungsgesellschaften hat nämlich erklärt, dass er die in seinem Vertrage mit den Aerzten vorgesehenen Honoraren für angemessen erachte und daher die Bestrebungen der Aerzte auf ihre Erhöhung in keiner Weise gerechtfertigt finde. Die Verbandsgesellschaften sind deshalb ersucht worden, keinem Hausarzt ein höheres Honorar als 5 Mark für ein hausärztliches Attest zu gewähren, es sei denn, dass vorher eine freie Vereinbarung im Einzelfalle stattgefunden habe. Daraufhin hat der Generalsekretär des deutschen Aerztevereinsbundes, Sanitätsrat Dr. Heinze (Leipzig), dem Vorsitzenden des Verbandes der deutschen Lebensversicherungsgesellschaften geantwortet, dass nunmehr der Geschäftsausschuss des Aerztevereinsbundes den zwischen dem Aerztevereinsbunde und dem Verbande deutscher Lebensversicherungsgesellschaften bestehenden Vertrag gemäss dem Beschlusse des Aerztetages zu dem nächsten zulässigen Termin zu kündigen genötigt sei.

Epidemiologisches.

— Die Cholera breitet sich in Russland immer weiter aus; eine Abnahme der Erkrankungen hat sich noch an keiner der von der Seuche heimgesuchten Ortschaften bemerkbar gemacht. An der Spitze der verseuchten Gouvernements steht noch immer das Astrachansche mit nahezu 2000 Erkrankungen und über 1000 Todesfällen (bis zum 31. Aug.). Die Astrachansche Stadtverwaltung tut aber auch, wie ein Korrespondent der «Now. Wremja» berichtet, fast nichts gegen die Seuche. Es existiert dort nur ein Cholerahospital für 150 Kranke mit einer einzigen Badewanne; in der 160,000 Einwohner zählenden Stadt sind nur 9 Behälter mit gekochtem Wasser aufgestellt u. s. w. Das Stadthaupt Besubikow ist die ganze Zeit abwesend gewesen und hat jetzt seinen Abschied genommen. Am meisten hat gegen die Ausbreitung der Epidemie noch die Naphthagesellschaft «Nobel» getan, da sie den Prof. Sabolotny mit zwei Assistenten aus Petersburg hat kommen lassen, die bereits 4000 Schutzimpfungen vorgenommen haben. Das Gouvernement Samara, in welchem bis zum 31. August 446 Personen an der Cholera erkrankt und 223 gestorben sind, hat, dem «Golos Moskwy» zufolge, neuerdings zur Hülfe der Aerzte bei der Bekämpfung der Cholera 10 ältere Studenten der Medizin von der Moskauer Universität verschrieben, denen sie je 200 Rbl. monatlich zahlt und ausserdem das Leben jedes einzelnen mit SR. 3000 versichert. Seitens des Ministeriums der Volksaufklärung ist den Medizinstudierenden der letzten Kurse, die sich bei der Bekämpfung der Cholera zur Verfügung stellen, noch gestattet worden, ihre Prüfungen nach dem Aufhören der Epidemie abzulegen.

Verschiedene Mitteilungen.

— Denkmal für Dr. Tschechow. Im Kurpark von Badenweiler (im Schwarzwalde) wird nach einigen Wochen ein Denkmal für Dr. Anton Tschechow, den am 15. Juli 1905 in einem dortigen Sanatorium verstorbenen hervorragenden russischen Novellisten und Dramatiker, der bekanntlich auch Arzt war, enthüllt werden. Das Denkmal besteht aus einer lebensgrossen Porträtbüste in Bronze und ist ein Werk des russischen Konsuls N. Schleiffer, der sich in Russland wie in Deutschland einen geachteten Namen als Bildhauer erworben hat.

— In einer Versammlung der hiesigen Apothekenbesitzer wurden, wie die Tagesblätter berichten, im Hinblick auf die bevorstehende Eröffnung von 26 neuen Apotheken in St. Petersburg beschlossen, den Personal- und Gagenetat einzuschränken und überhaupt die strikteste Sparsamkeit einzuführen. Unter anderem soll auch die Arbeit der Angestellten in zwei Schichten wieder abgeschafft werden.

— Der bekannte Wiener Anatom Prof. Zuckerkandl sollte von den Studierenden, als er in diesem Jahre sein 25-jähriges Professorjubiläum feierte, durch eine Ansprache geehrt werden. Als Zuckerkandl aber den Redner sich erheben sah, lehnte er sofort jede Ovation ab, soweit sie seine Person beträfe, und fügte hinzu, dass er gegen die Ovationen seiner verdienten Mitmenschen nichts einzuwenden habe, sei es, dass jemand zu lange Professor oder schon lange verheiratet sei oder, dass jemand ein Jubiläum feiere, weil er sich zum 500. Male die Haare habe abschneiden lassen.

Bf.

Am 11. Aug. d. J. betrug die Zahl der Kranken 10480 (21 mehr als in der Vorwoche.), darunter 825 Typhus — (41 mehr), 894 Syphilis — (68 mehr), 207 Scharlach — (25 wen.), 218 Diphtherie — (8 mehr), 48 Masern — (13 wen.) und 3 Pockenkranke (1 wen. als in der Vorw.)

— Die Gesamtzahl der Sterbefälle in St. Petersburg betrug in der Woche vom 15. bis zum 21. Juli d. J. im ganzen 719 (382 M., 337 W.), darunter an folgenden Krankheiten:

Typh. exanth. 0, Typh. abd. 23, Febris recurrens 0, Typhus ohne Bestimmung der Form 0, Pocken 1, Masern 18, Scharlach 9, Diphtherie 23, Croup 0, Keuchhusten 11, Croupöse Lungenentzündung 18, Erysipelas 3, Grippe 1, Katarrhalische Lungenentzündung 67, Ruhr 3, Epidemische Meningitis 9, Acuter Gelenkrheumatismus 0, Parotitis epidemica 0, Andrekrankheit 204, Anthrax 0, Hydrophobie 0, Puerperalfieber 2, Pyämie und Septicaemie 6, Tuberculose der Lungen 81, Tuberculose anderer Organe 18, Alkoholismus und Delirium tremens 4, Lebensschwäche und Atrophia infantum 36, Marasmus senilis 21, Krankheiten der Verdauungsorgane 161, Totgeborene 34.

— Die Gesamtzahl der Kranken in den Zivilhospitälern St. Petersburgs betrug am 12. Aug. d. J. 10473 (7 wen. als in der Vorwoche), darunter 820 Typhus — (5 wen.), 902 Syphilis — (18 mehr), 206 Scharlach — (1 wen.), 206 Diphtherie — (15 wen.), 38 Masern — (10 wen.), und 4 Pockenkranke — (1 mehr als in der Vorw.).

— Die Gesamtzahl der Sterbefälle in St. Petersburg betrug in der Woche vom 12. bis zum 18. Aug. d. J. im ganzen 606 (385 M., 301 W.), darunter an folgenden Krankheiten:

Typhus exanth. 0, Typhus abdom. 30, Febris recurrens 0, Typhus ohne Bestimmung der Form 0, Pocken 0, Masern 10, Scharlach 19, Diphtherie 17, Croup 0, Keuchhusten 9, Kroupöse Lungenentzündung 22, Erysipelas 2, Grippe 1, Katarrhalische Lungenentzündung 40, Ruhr 5, Epidemische Meningitis 10, Akuter Gelenkrheumatismus 0, Parotitis epidemica 0, Andrekrankheit 215, Anthrax 0, Hydrophobie 0, Puerperalfieber 0, Pyämie und Septicaemie 5, Tuberkulose der Lungen 75, Tuberkulose anderer Organe 8, Alkoholismus und Dilirium tremens 5, Lebensschwäche und Atrophia infantum 39, Marasmus senilis 30, Krankheiten des Verdauungskanals 148, Totgeborene 32.

◆ Nächste Sitzung des Vereins St. Petersb. Aerzte: Dienstag, d. 18. Sept. 1907.

Tagesordnung: A. Feldt: Ueber otitische Kleinhirnabszesse.

◆ Nächste Sitzung des Deutschen ärztlichen Vereins: Montag, d. 24. Sept. 1907.

Winterkur für Lungenkranke

Görbersdorf i. Schl. (560 m.)

◆ Dr. Römpler's Sanatorium ◆

in herrlicher Gebirgslage mit grossem Park, Vollkommene Hygiene — modernste Einrichtungen. (73) 13—1,

---



Unter den zahlreichen im Handel befindlichen Abführmitteln hat kein einziges so leichte und schnelle Verbreitung gefunden wie der

Kalifornische Feigen-Syrup

„KALIFIG“

(Name gesetzlich geschützt)

wird von den Herren Aerzten als zuverlässiges, angenehmes, leicht und sicher wirkendes Abführmittel empfohlen, welches dank seinem angenehmen Geschmack besonders für die Frauen- und Kinderpraxis geeignet ist. Hat keine schädlichen Nebenwirkungen. Die Gebrauchsart ist bei jeder Flasche angegeben.

In allen Apotheken erhältlich.

Haupt-Depôt für St. Petersburg bei Herrn Stoll & Schmidt,
„ „ „ Moskau . . . . . „ d. Gesell. W. K. Ferrein,
„ „ „ Odessa . . . . „ Herren J. Lemmé & Co.
„ „ „ Warschau . . . „ Herrn Fr. Karpinski.

California Fig Syrup Co. London, E. C. 31/32 Snow Hill.

Aerzte — Proben gratis und franko.

PERTUSSIN

Extract. Thymi saccharat. Taeschner.

ges. gesch. Einfuhr von der russ. Behörde gestattet.

Unschädliches, sicher wirkendes Mittel gegen:

Keuchhusten, Kehlkopf- und Bronchialkatarrh.

Literatur in hervorrag. Blättern Deutschlands u. Oesterreich-Ungarns.

Aerztliche Gutachten:

Prof. Dr. Ernst Fischer *(Strassburg)*:

Die Wirkung des „Pertussin“ war eine überraschende; wenngleich ich nicht gerade sagen kann, dass der Keuchhusten sich in einigen Tagen in einen einfaches Katarrh verwandelte, so wurden die Anfälle so milde, der Schleim so locker, dass das Erschreckende des Keuchhustens, das Blauwerden und die drohende Erstickung, vollständig wegfielen.

Dr. Model, kgl. Bezirksarzt a. D. *(Weissenburg)*:

Nach dem Gebrauch des Pertussin war es mir beim Erwachen plötzlich, als athmete ich die freie herrliche Luft auf einem Alpen-Gipfel. Diese Leichtathmigkeit fiel mir besonders auf, der ich infolge langjähriger Bronchialkatarrhe an merklichem Emphysem leide.

Dr. Alfred Müller *(Neuhausen)*:

Mein Urtheil geht dahin, dass das Pertussin ein Mittel ist, das in kürzester Zeit den mit Recht so gefürchteten Keuchhusten in einen ungefährlichen und fast unmerkbaren Bronchialkatarrh überzuführen vermag. Ich kenne zur Zeit kein anderes Mittel, welches sich des gleichen Vorzuges rühmen dürfte.

Dr. Erich R. von Matzner *(Birkfeld, Steierm.)*:

Die drei mit Pertussin behandelten Bronchitiden, davon zwei bei Kindern, zählten zu den schwersten Formen und jedesmal erwies sich Ihr Präparat als von ausgezeichneter Wirkung; der starke Hustenreiz nahm in wenigen Stunden bereits ab und die Secretion begann sich bald zu verringern, die Temperatur fiel ab.

Verkauf nur durch die Apotheken, sowie durch folgende Engros-Depôts: **H. Bierstümpfel**, Apotheker, Warschau, Marszalkowska 136. **Ad. Marcinczik**, Apotheker, Kiew. **Paul Seebode**, Apotheker, Riga, Kalkstr. 26. **B. Schaskolsky**, Petersburg, **Carl Ferrein**, Moskau.

Hergestellt in der Kommandanten-Apotheke E. Taeschner, Berlin C. 19, Seydelstrasse 16. (14) 0—7.

Das erste Moorbad der Welt

FRANZENSBAD

besitzt die stärksten Stahlquellen, leichtverdauliche Eisensäuerlinge, alkalische Glaubersalzwässer, Lithionsäuerlinge,

Natürliche kohlensäurereichste Stahl-, Mineral-, Sool- und Strombäder, heilkräftige Moorbäder, Dampf-, Heissluft-, elektrische Wannen- und Lichtbäder, medico-mechanisches Institut, Inhalatorium.

Oesterreichs hervorragendstes Herzheilbad.

Bewährt bei: Blutarmut, Bleichsucht, Rheumatismus, Gicht, Nervenkrankheiten, Frauenkrankheiten, Herzkrankheiten.

Saison Mai bis September. Prospekte gratis. (26) 12—12.

Das Krankenutensilienlager des St. Petersburger Samariter-Vereins.

Maximilianowsky Pereulok, 11.

verleiht auf Empfehlung eines Arztes oder eines Mitgliedes des Vereins alle zur Krankenpflege notwendigen Gegenstände wie: Rollstühle, Wassermatratzen, Tragbahren, Krücken, Wannen, Eisbeutel, Irrigatore etc.

Das Lager ist täglich v. 10 bis 5 Uhr (an Sonntagen v. 12 bis 2) geöffnet.

Die Verwalterin ist Dienstags und Freitags v. 2—3 Uhr daselbst zu sprechen.

Herausgeber Dr. Rudolf Wanach. Buchdruckerei v. A. Wienecke Katharinenhofer Pr. № 15.

XXXII. JAHRGANG. ST. PETERSBURGER Neue Folge XXIV. Jahrg.

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Redaktion von

Prof. Dr. Karl Dehio. Dorpat.

Dr. Johannes Krannhals. Riga.

Dr. Rudolf Wanach. St. Petersburg.

Die „St. Petersburger Medizinische Wochenschrift" erscheint jeden Sonnabend.—Der Abonnementspreis ist in Russland 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr inkl. Postzustellung; in den anderen Ländern 20 Mark jährlich, 10 Mark halbjährlich. Der Insertionspreis für die 3mal gespaltene Zeile in Petit ist 20 Kop. oder 45 Pfen.—Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt. —Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.

Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate bittet man ausschliesslich an die Buchhandlung von K. L. Ricker in St. Petersburg, Newsky-Prospekt № 14, zu richten. — Manuskripte sowie alle auf die Redaktion bezüglichen Mitteilungen bittet man an den geschäftsführenden Redakteur Dr. R. Wanach in St. Petersburg, Petersb. Seite, Alexandrowski Pr. 6 zu richten. Sprechst. Dienstag, Donnerstag und Sonnabend 5—6.

№ 36 St. Petersburg, den 8. (21.) September. 1907.

Aus dem Diakonissenhaus zu Mitau.

Ueber Bier'sche Stauung.

Vortrag, gehalten auf dem XIX. Livländischen Aerztetag in Dorpat am 18. August 1907.

Von

Dr. K. Tantzscher.

Wenn wir einen Blick werfen auf die grossen Fortschritte in irgend einem Gebiet, so fällt uns auf, dass sie nicht immer unmittelbar an die früheren Resultate anknüpfen. Oft finden sich Berührungspunkte mit den Anschauungen einer längstvergangenen Zeit, die der Mitwelt daher als überwunden und veraltet erscheinen. Oder sie treten in schroffem Gegensatz zu dem bisher Geltenden auf, so dass sich von vornherein der Widerspruch regt. Es ist nicht nur der Widerspruch der Menge, die sich nicht leicht von dem losreissen kann, was der Zeitgeist als richtig gestempelt hat, sondern auch gerade die grossen Führer der herrschenden Richtung fühlen den Gegensatz am tiefsten und verteidigen ihre Ansicht mit den schärfsten Waffen der Wissenschaft. Solch ein Ringen um die Anschauungen ist um so interessanter, je bedeutendere Vertreter sich gegenüber stehen.

Wir sind zur Zeit die Zeugen eines solchen fruchtbaren Augenblickes, seitdem Bier es wagte mit seiner Lehre von der heilenden Wirkung der Stauungshyperämie vor die Führer der Wissenschaft zu treten und sie zu einer Stellungnahme für oder wider zu zwingen. In fast 15-jähriger mühevoller Arbeit hat er einen Bau aufgeführt, den die wissenschaftliche Welt einer Prüfung und Kritik bis dahin nicht für nötig hielt.

Auf den Verhandlungen des Berliner Chirurgenkongresses vom vorigen Jahr über diesen Gegenstand entrollte sich uns ein lebensvolles Bild.

Wir sehen die einen als überzeugte Anhänger der neuen Lehre auftreten, während die anderen sie als praktisch belanglos und völlig unwissenschaftlich ablehnten.

Wenn wir nichts weiter wüssten von der Bier'schen Lehre von der Hyperämie, als dass auf dem Kongress in Berlin, auf dem die ersten Chirurgen deutscher Zunge und des Auslandes in grosser Zahl vertreten waren, die einen ebenso leidenschaftlich für ihn, wie die anderen gegen ihn Stellung nahmen, so steht jedenfalls das eine fest: es muss sich um etwas ganz Aussergewöhnliches, um etwas Neues handeln, das mit dem Selbstbewusstsein der Jugend dem erfahrenen Alter gegenüber tritt und ihm den Rang streitig macht.

Auf die Gefahr hin, vielen Bekanntes zu wiederholen, habe ich heute die Absicht von der Bier'schen Stauung vor Ihnen zu sprechen. Denn interessante Dinge verlieren nicht durch wiederholte Betrachtung. Im Gegenteil, sie gewinnen und man schenkt allen ihren Seiten Beachtung.

Bevor ich zur Anwendung der Hyperämie in der Praxis übergehe, erlaube ich mir eine kurze Besprechung vorauszuschicken über die grossartige Veränderung im Gewebe, die durch die Hyperämiebehandlung hervorgerufen wird.

Denn nur in diesem Zusammenhang sind die grossen Erfolge zu verstehen, die Bier mit seinem Verfahren erreicht hat, das eigentlich das älteste Heilmittel der Menschheit ist. Denn hyperämisierende Mittel sind von altersher in der Volksmedizin gebräuchlich gewesen und

spielen noch heute auch in der wissenschaftlichen Medizin eine grosse Rolle.

Wir können 3 Formen der Hyperämie unterscheiden, die zu Heilzwecken in Betracht kommen: die aktive, die passive und die gemischte. Unter der aktiven oder auch arteriellen Hyperämie verstehen wir die Ueberflutung eines Bezirkes mit Blut, indem mehr Blut als gewöhnlich in der Zeiteinheit durch ihn strömt. Es kommt dabei zu einer Erweiterung der Kapillaren, die sich in einer lebhaften Rötung der Haut äussert und sogar in einem wahrnehmbaren Venenpuls zum Ausdruck kommt.

Die passive oder venöse Hyperämie entsteht durch Behinderung des Blutabflusses durch Kompression der Venen. Es strömt wohl die gleiche Menge in den Bezirk, aber der Ausfluss ist gehemmt. Die Folge ist eine Stromverlangsamung und Erweiterung der Kapillaren und eine Ueberfüllung des ganzen Gefässsystems mit Blut.

Es entsteht eine Randstellung der Leukozyten, ihr Durchtreten durch die Gefässwand ins Gewebe zugleich mit dem Blutplasma. Es entsteht also ein Oedem.

Erzeugt wird die aktive Hyperämie durch die heisse Luft, die passive Hyperämie fast ausschliesslich durch die Stauungsbinde. Die Schwierigkeit im Anlegen der Stauungsbinde besteht darin, den richtigen Grad der Stauung zu bestimmen. Das ist das allerschwerste und das ganze Geheimnis der Stauung.

Es muss eine «warme Stauung» sein, die nur in geringer Weise die Hauptvenen komprimiert und so das Blut zwingt durch die tieferen Venen zurückzuströmen. Es darf deshalb keine starke Zyanose oder ein Kühlerwerden der Haut beobachtet werden.

Alle Schmerzen, wie Parästhesien etc. sind ein Zeichen, dass die Binde nicht richtig liegt.

Neben diesen beiden Arten giebt es noch, die s. g. gemischte Hyperämie, die durch Schröpfköpfe erzeugt wird. Es wird durch Ansaugen und Verdünnung der Luft eine arterielle Hyperämie erzeugt, die aber mit einer passiven Hand in Hand geht, da der Rand des Saugglases luftdicht auf der Haut haftet und hier eine Kompression der Venen ausübt.

Diese 3 Mittel, heisse Luft, Stauungsbinde, Schröpfköpfe, kleine und grosse, in denen sogar eine ganze Extremität Platz finden kann, sind die wichtigsten Quellen der Hyperämie die Bier in die Praxis eingeführt hat.

Als Mittel, die zu demselben Zweck in der modernen und Volksmedizin gebraucht werden, nenne ich nur folgende: die Derivantien oder hautreizenden, Massage, Elektrizität, Schlamm-, Moor-, Sandbäder, Eisbeutel etc.

Die physiologische Erklärung in welcher Weise alle diese Mittel wirken hat erst Bier gegeben und die noch bis auf den heutigen Tag herrschende falsche Vorstellung von einer ableitenden Wirkung endgültig widerlegt. Ich komme auf diesen Punkt noch später zurück.

Wir wenden uns der Wirkung der beiden Hauptarten der Hyperämie zu und müssen konstatieren, dass dieselbe eine verschiedene sein muss.

Schon grob anatomisch finden wir Unterschiede, die sich auch nach ihrer chemischen, respektive bakteriologischen Seite hin zeigen müssen. Ich will deshalb die beiden Arten trennen, obgleich Bier der Hyperämie als solcher meist die gleichen Eigenschaften, freilich nur mit quantitativer Differenz zuschreibt.

Die in der Praxis weitaus wichtigste Art der Hyperämie ist die passive und darum beginne ich mit dieser.

Die erste Wirkung der Hyperämie ist die schmerzstillende. Das will uns auf den ersten Blick nicht verständlich erscheinen. Denn es ist eine Erfahrungstatsache, dass das entzündete Glied beim Herunterhalten mehr schmerzt, indem das Pulsieren uns zwingt zu einer anderen Haltung, der Hochlagerung. Das führte zum Schluss, dass die Hyperämie den Schmerz hervorrufe durch Druck auf die Nervenendigungen. Dass aber gerade die Hyperämie den Schmerz stillt, ist durch eine grosse Reihe von Beobachtungen einwandsfrei bewiesen. Ausserdem kommt in Betracht, dass gerade bei wirklicher Hochlagerung zum Beispiel des entzündeten Armes der Schmerz zunimmt, während erst bei relativer Hochlagerung er erträglich wird. Dass hier nicht die Hyperämie sondern ein anderes Moment eine Rolle spielt, nämlich die veränderten Resorptionsverhältnisse will ich gleich zeigen.

Die Erklärung der schmerzstillenden Wirkung würde in der serösen Durchtränkung der Gewebe zu sehen sein, speziell der Nervenendigungen, ähnlich wie bei der Schleich'schen Infiltrationsanästhesie. Der Schmerz bei der Entzündung wird demnach hervorgerufen durch die Schädigungen, die die infektiösen Stoffe oder die Zerfallsprodukte der Zellen — bei einem Trauma auf die Nerven ausüben. Diese schmerzstillende Wirkung giebt uns die Möglichkeit in grossem Massstabe die Hyperämie praktisch anzuwenden.

Wichtiger für den Heilungsvorgang und die wichtigste Eigenschaft überhaupt in vielen Fällen ist die bakterizide oder bakterienabschwächende. Das normale Blut besitzt in geringem Grade die Eigenschaft, die Bakterienentwicklung zu hemmen. Durch die Stauung wird sie bedeutend gesteigert. Das zeigen uns viele interessante Versuche. Voran steht der bekannte Versuch Nötzels, der Kaninchen tötliche Dosen von Streptokokken in die gestaute Extremität einspritzte. Von 67 Kaninchen blieben 51 am Leben. Die Todesursache der übrigen 16 sieht Bier in einer falschen Stauung. Als Nötzel nach einiger Zeit denselben Kaninchen dieselbe Dosis in die nicht gestaute Extremität einspritzte, erlagen sie alle der Infektion. Dieselbe Erfahrung ist auch oft anderwärts gemacht.

Im frischen Stauungsödem lassen sich keine Bakterien nachweisen. Nicht nur infektiöse Stoffe, sondern auch chemische Gifte, wie Strychnin etc. können durch die Stauung derart beeinflusst werden, dass sie in einer bestimmten Weise gebunden dem Körper nicht mehr schaden. Auf die Einwände Lexers und Baumgartens, die Bakterien in den Geweben fanden, die mit der Stauung günstig beeinflusst wurden, komme ich später noch zurück.

Die bakteriologische Erklärung für die Wirkung der einzelnen Bestandteile auf die Bakterien ist noch unsicher. Die einen sehen in den Leukozyten, die anderen im Serum, die dritten in der Kohlensäure den heilenden Effekt.

Die Konsequenz aus dieser Erkenntnis hat Bier gezogen und beruht hauptsächlich darin der grosse Erfolg der Stauung bei akuten Infektionen, wie wir noch sehen werden.

Das, was die Bakteriologie durch mühsame Untersuchungen anstrebt, uns gegen die verschiedenen Bakterien spezifische Heilsera zu liefern, hat Bier in genialer Weise durch ein einfaches Mittel erreicht, das allen zugänglich ist.

Die dritte Eigenschaft wäre die auflösende. Schon Billroth hat für die Entzündung festgestellt, dass die Leukozyten Bindegewebe und fibrinöse Bestandteile aufzulösen vermögen. Für die Stauungshyperämie hat Bier dasselbe festgestellt und zwar wirken Serum und Leukozyten in diesem Sinn. Als praktische Anwendung daraus ergiebt sich die schmerzlose Bewegungsmöglichkeit entzündeter Gelenke, indem wir

früh in den Stand gesetzt werden mit der Bewegung der entzündeten Gelenke anzufangen, um eine Versteifung zu verhüten. Es fällt also bei dieser Behandlung der fixierende Verband fort und eine oft monatelange Nachbehandlung solcher „geheilter“ Gelenke, die trotzdem selten ihre frühere Funktion wiedergewinnen.

Der physiologische Vorgang besteht in einer serösen Durchtränkung und schliesslichen Resorption der bindegewebigen Stränge. Selbst grosse Gelenk- und Sehnenknoten hat Bier unter der Hyperämiebehandlung zum Schwinden gebracht.

Die vierte Eigenschaft wäre die ernährende.

Dass die Stauung keine Schädigung der Gewebe bedeutet, wie von vielen Seiten angenommen wird, sondern eine bessere Ernährung, ist schon früher in der Pathologie beobachtet worden. Ausserdem muss man im Auge behalten, dass ja die Stauung immer eine warme ist, bei der es nicht zu einer Stagnation kommt, sondern nur zu einem viel lebhafteren Austausch der Gewebe mit den Nährstoffen des Blutes.

Die fünfte Eigenschaft bezieht sich auf die veränderten Resorptionsverhältnisse. Es ist experimentell bewiesen, dass bei kurzer Stauung von 1—4 Stunden die Resorption verlangsamt ist, solange die Binde liegt, dass aber nach Abnahme derselben die Resorption beschleunigt ist, so dass als Gesammtergebnis sich eine beschleunigte Resorption ergiebt. Dafür liegen ausser anderen interessanten Experimenten einwandsfreie Versuche von Klapp vor, der Versuchstieren Milchzucker einspritzte und qualitativ und quantitativ das Erscheinen desselben im Harn prüfte. Versuche für eine 20—25stündige Stauung, wie sie die Regel bildet, liegen nicht vor. Hier wird das Endergebniss aller Wahrscheinlichkeit nach eine verlangsamte Resorption sein.

Wie günstig diese Aenderung der Resorption auf den Organismus wirken muss, ist klar. Erstens werden die Gifte durch das Stauungsödem stark verdünnt und dazu noch in einer bestimmten Weise gebunden, wie die verschiedenen Versuche mit grosser Wahrscheinlichkeit zeigen. Diese Bindung und Neutralisierung der Giftstoffe ist noch nicht in vollkommener einwandsfreier Weise experimentell bewiesen. Die Versuchsreihe ist noch zu klein und macht die ungleiche Beeinflussung der verschiedenen organischen Gifte durch die Stauungsbinde grosse Schwierigkeiten in der Deutung.

Für die aktive Hyperämie kommen dieselben fünf Eigenschaften in Betracht, aber doch im anderen Umfang. Die schmerzstillende Eigenschaft ist ihr in demselben Masse eigen. Die bakterizide Wirkung dagegen ist experimentell bei der aktiven Hyperämie nicht nachgewiesen. Die Anwendung der heissen Luft findet dementsprechend eine ganz andere Verwendung. Die Erfolge bei akuten Erkrankungen sind gerade mit der Stauungshyperämie viel besser als mit der aktiven. In viel höherem Masse kommt aber der heissen Luft die resorbierende Eigenschaft zu und da steht es fest, wie es zahlreiche Experimente zeigen, dass die Resorption stark beschleunigt wird. Auch die auflösende Wirkung kommt der aktiven Hyperämie zu, weniger aber die ernährende.

Ich halte es für wichtig, diese Unterschiede zu betonen, weil zwischen Hyperämie und Hyperämie ein grosser Unterschied ist. Bier selbst weist darauf hin, dass die Heissluftbehandlung sehr modern geworden ist, während die Stauungsbehandlung trotz ihrer grösseren Anwendungsfähigkeit noch wenig beachtet wird.

Ich schalte hier einige Bemerkung ein über die sogenannten Derivantien oder die ableitenden Mittel, die meistens auch hautreizende Mittel sind. Als wichtigstes nenne ich nur eins, Jod. Die Erklärung die bis jetzt für diese Mittel gegeben wurde lautet: sie leiten das Blut aus den tieferen Teilen ab und zwar reflektorisch.

Die Reflexwirkung hat Bier experimentell widerlegt, indem er von einem Ferkel in Aethernarkose die hintere Extremität vollständig vom Körper trennte bis auf die Vereinigung mit dem Knochen und der A. und V. femoralis.

Die Folge der Heissluftbehandlung war eine starke arterielle Beschleunigung des Blutstroms, so dass das Venenblut beim Eröffnen der Vene hellrot war und lebhaft pulsierte. Die Tiefenwirkung hat Klapp bewiesen durch die Laparotomie bei einem Kaninchen, das vorher in einem Heissluftkasten behandelt war. Er fand nicht nur die Eingeweide, sondern das Zwergfell bis in die sehnige Kuppe hinein hyperämisch. Diese Mittel nun haben seit altersher eine angesehene Stellung im Arzneischatz aller Völker eingenommen und werden sie auch beibehalten dank ihrer schmerzstillenden Wirkung bei der Bekämpfung entzündlicher Prozesse. Im Grunde gehören sie aber zu den schwach hyperämisierenden Mitteln und erst Bier hat ihre Hauptwirkung, die Hyperämie, mit all ihren Begleiterscheinungen mit Bewusstsein in die Praxis eingeführt.

Er ahmte dabei der Natur nach, indem er in der Entzündung einen heilsamen Vorgang sah, den man nicht hemmen, sondern fördern soll. Dabei ist er aber kein blinder Naturheilkundiger, sondern ist sich bewusst, dass die Kunst manchmal mehr erreicht als die Natur und fügt unter Umständen deshalb den heilenden Schnitt hinzu.

Wir werfen noch einen Blick auf das Verfahren, wie Bier die Entzündung bekämpft und auf die frühere Methode, die sich durch drei Worte: Ruhe, Hochlagerung, Eis charakterisieren lässt. Der Gegensatz ist nicht so gross, wie es Anfangs scheinen will. Mit der Hochlagerung erreicht man eine verlangsamte Resorption. Wir haben schon auf diese hochwichtige Eigenschaft der Stauungsbinde hingewiesen. Der Eisbeutel ist aber ein hyperämisierendes Mittel und zwar ein schwach aktiv hyperämisierendes. Die Ruhe endlich wirkt ebenso wie die Hochlagerung.

Wir wenden uns jetzt dem grossen Gebiet zu, auf dem die Hyperämiebehandlung sich einbürgert oder schon eingebürgert hat.

Es ist bezeichnend, dass das Feld auf dem Bier am längsten gearbeitet hat, die Tuberkulose sich als recht schwer zu behandelnde Krankheit erwiesen hat und die Erfolge noch in vieler Hinsicht sehr zu wünschen übrig lassen.

Ausserdem sind die Erfahrungen darüber noch so gering, dass noch eine Reihe von Jahren bis zur endgültigen Klärung der Frage vergehen dürfte.

Die Steigerung des entzündlichen Vorgangs durch die Stauungsbinde hat bei der Tuberkulose lange nicht die Erfolge, wie bei den akuten Erkrankungen.

Wir sehen daraus, dass zwischen den akuten und chronischen Krankheiten ein grosser Unterschied besteht und die Unterstützung des natürlichen Vorgangs der entzündlichen Hyperämie nur im akuten Stadium von auffallender Wirkung ist.

Entsprechend dem andersartigen Verlauf der Krankheit ist die Technik der Stauung bei der Tuberkulose auch eine andere. Nur eine einstündige Stauung, die nicht einmal täglich erzeugt wird, ist hier am Platz, wie Bier durch zahlreiche Versuche gezeigt hat. Nur die kurze Anwendung der Binde hat zufriedenstellende Resultate ergeben und viel Zeit und Mühe ist beim Suchen nach dem richtigen Grad der Hyperämie darauf gegangen.

Glänzende Erfolge bei der Behandlung der Knochentuberkulose hat Bier aufzuweisen, aber hauptsächlich nur beim Fuss-, Hand- und Ellbogengelenk, während die übrigen, namentlich das Knie und die Hüfte nur wenig zum Besseren beeinflusst werden.

Die Behandlung von akuten Krankheiten erstreckt sich auf alle Arten von Infektion, einerlei wo sie aufgetreten ist; also auf Panaritien, Sehnenscheidenphlegmonen, Mastitis, Bursitis, Osteomyelitis, Parulis, Karbunkel, Furunkel, Otitis, beginnende Meningitis, Lymphangitis, Gelenkeiterung etc. etc.

Die Zahl der nach Bier behandelten Fälle dieser Art, die in der Literatur niedergelegt sind, ist so gross, dass man sie schon kaum übersehen kann.

Um mich nicht in Einzelheiten zu verlieren, will ich in Kürze vergleichen den Heilungsverlauf nach Bier mit dem nach den bis jetzt üblichen Regeln der Chirurgie.

Bier betont, dass oft die Stauung allein bei entzündlichen Prozessen ausreicht, um sie zum Abklingen zu bringen. Es wird durch sie unnötig gemacht die breite Incision und die Tamponade. Gerade in der Tamponade sieht Bier eine grosse Schädigung der infizierten Gewebe und findet, dass die Heilung nach diesen Prinzipien oft zu einer irreparablen Funktionsstörung führt.

Falls die Stauung nicht ausreiche und falls sich Abszesse bilden, sei zu incidieren. Aber nur kleine Stichincision, oft multipel, beileibe aber keine Tamponade.

Auch fällt die Ruhigstellung der erkrankten Teile, auch der Gelenke weg, ja in manchen Fällen ist sogar dringend zu frühzeitigen Bewegungen zu raten.

Die Erfolge, deren sich Bier rühmt, sind: Erhaltung der so wichtigen Gelenkfunktion, der Funktion der Brustdrüse bei Mastitis, der Erhaltung der Sehne, die infolge der Tamponade sonst stets nekrotisch wird.

Es sind dies grossartige Erfolge die man bei den früheren Verfahren nicht erreichen konnte. Die Erhaltung der Sehnenscheide durch frühzeitige Incision ist von gegnerischer Seite ebenso oft in Anspruch genommen, wie Bier das für sein Verfahren tut. Ich glaube aber mit Unrecht.

Viel auffallender und schlagender ist der Erfolg bei der Mastitis. Hier kommt die Saugbehandlung in Betracht. Ich erwähne diese Krankheit deshalb, weil es für den praktischen Arzt so grossen Wert hat sie frühzeitig in Behandlung zu nehmen.

Der beginnenden Mastistitis kann unbedingt vorgebeugt werden, wie es auch in der Literatur mehrfach berichtet ist.

Auch ich habe diesen Eindruck gewonnen, als ich noch Assistent in der geburtshülflichen Abteilung bei Dr. Keilmann war.

Ein plötzlicher Fieberanstieg, Schmerzen und Rötung der Brust deuteten auf eine Mastitis hin deren Ausbruch durch die Saugglocke verhindert wurde. Wie dankbar aber auch die Behandlung einer vorgeschrittenen Erkrankung ist, beweist folgender Fall.

Frau E. G. erkrankte in der dritten Woche (15. Jan. 1907) post IV partum (26. Dez. 1905) mit hohem Fieber und Schmerzen in beiden Brüsten. Am 17. Januar sah ich die Patientin zum ersten Mal und fand rechts eine hühnereigrosse Infiltration an der Aussenseite der Mamilla, die druckempfindlich war. Links war die Infiltration gänseeigross, keine Fluktuation. Ich leitete sofort die Saugbehandlung ein. Am 18. Januar war l. Fluktuation in der Tiefe nachzuweisen und entleerten sich nach einer Stichincision ca. 2 Esslöffel Eiter. Am 20. Jan. konnte ich nur wenig gelblich gefärbte Flüssigkeit mit dem Saugglas entleeren. Das Kind wurde nur am Tage der Incision nicht an die l. Brust gelegt, von da ab aber wieder wie früher, nachdem die Oeffnung mit Collodium verklebt war. Da die harte Collodiumschicht das Kind am Saugen störte, wurde die Wunde am Verkleben nicht gehindert und nur die trockene Saugbehandlung fortgesetzt. Da noch Schmerzen bestanden, wurde am 25. Jan. in einiger Entfernung vom Warzenhof tief incidiert, ohne dass man auf Eiter stiess. Nach einigen Tagen (30. Jan.) hatte sich unter der alten Narbe eine oberflächliche Eiterpustel gebildet, die beim Abreiben mit Alkohol aufbrach. An den beiden folgenden Tagen entleerte sich noch etwas Eiter, worauf sich die Wunde definitiv schloss. An der rechten Brust bestand die Infiltration lange Zeit trotz der Saugbehandlung, zur Abscedierung ist es nicht gekommen. Sehr allmählich ging erst in Wochen die Infiltration zurück. Das Kind hat trotz der bestehenden Mastitis bis auf eine 24-stündige Pause stets beide Brüste bekommen und nie an einer Darmstörung in dieser Zeit gelitten. Der Temperaturabfall zur Norm vollzog sich in 3 Tagen nach der Incision.

Die Ueberlegenheit der Saugbehandlung gegenüber der früheren Methode fällt bei dieser Krankengeschichte sofort auf. Trotz der reichlichen Eiterentleerung und der starken Infiltration hat das Kind ohne Schaden aus beiden Brüsten trinken können. Die Gewichtszunahme liess sich trotz der Mastitis regelmässig nachweisen und ist der Stuhl stets normal gewesen.

Durch die Tamponade wäre unbedingt in einem grösseren Umkreis das Drüsengewebe geschädigt worden, abgesehn vom Schaden, den das Kind durch die geringere Milchmenge genommen hätte.

Was die Gelenkeiterung anbetrifft, so habe ich darüber wenig Erfahrung, glaube aber, dass auch hier das Bier'sche Verfahren zur Erhaltung der Gelenkfunktion viel beiträgt ohne Schaden für den Patienten.

Ich habe folgende Beobachtung gemacht.

Es handelte sich um einen Waldarbeiter I. R. (15. März bis 9. April), der sich beim Fällen das l. Kniegelenk mit dem Beil eröffnet hatte. Er kam ca. 3 Wochen nach der Verletzung in die Klinik. Das Kniegelenk war unförmlich verdickt, in fast rechtwinkliger Flexion ankylosiert. An der Innenseite sah man eine belegte, schmutzige Wunde. Pat. fieberte hoch, als er eintrat. Versuchsweise behandelte ich den Kranken mit heisser Luft, da ich des hohen Fiebers und der vorgeschrittenen Eiterung wegen nicht die Stauungsbinde anlegen wollte, um bei einer zu starken Reaktion nicht zu breiten Incisionen gezwungen zu sein. Da das Fieber allmählich abfiel, liess ich den Gedanken operativ einzugreifen vollkommen fallen, wie ich es Anfangs ins Auge gefasst hatte und setzte konsequent die Heissluftbehandlung fort, ohne fixierenden Verband nur mit bequemer Lagerung des flexierten Kniegelenks. Die Wunde reinigte sich allmählich, es kam zur Fluktuation und ich konnte nach einer Stichincision durch die Saugbehandlung täglich Eiter entleeren. Von Tag zu Tag war ein Fortschritt zu bemerken, indem der Anfangs trübe Eiter heller und heller wurde und allmählich nur eine klare, seröse Flüssigkeit sich aus der Wunde aussaugen liess. Gleichzeitig nahm die aktive Beweglichkeit im Knie zu und Pat. konnte ohne Schmerzen das Knie strecken, so dass nur ca. 20° zur Norm fehlten.

Da Patient nicht im Stande war die Krankenhauskosten zu bezahlen, verliess er nach fast 4-wöchentlicher Behandlung dasselbe.

Er ist dann weiter mit fixierenden Verbänden behandelt worden und habe ich ihn 7 Wochen später mit vollkommen versteiftem Kniegelenk auf der Strasse gehn sehn.

Auch in diesem Fall steht die günstige Einwirkung der Hyperämie ausser Frage und ist hier Dank der Heissluftbehandlung dasselbe erreicht, was Bier sonst mit der Stauungsbinde behandelt.

Von ungewohnter Bedeutung ist aber das Bier'sche Verfahren bei der Behandlung infizierter Wunden mit weitgehender Kontinuitätsdurchtrennung.

Solche Wunden, wo Sehnen, Muskeln, Nerven etc. durchgeschnitten waren, konnten früher nicht ohne Tamponade geheilt werden. Auf das Missliche der Sehnennaht bei Tamponade habe ich schon hingewiesen. Trat Eiterung ein, auch solche leichten Grades, so war der Erfolg der Naht ein sehr problematischer. Ganz anders ist der Erfolg jetzt.

Ich kann Ihnen über mehrere Fälle berichten, beschränke mich aber auf folgenden:

(Schluss folgt.)

Bücheranzeigen und Besprechungen.

Franz Ballner: Ueber die Desinfektion von Büchern, Drucksachen und dgl. mittelst feuchter, heisser Luft. Leipzig und Wien. Franz Deuticke. 1907.

Die kleine Schrift, aus dem hygienischen Institut der Universität Innsbruck stammend, gibt uns ein Verfahren für die Desinfektion von Büchern, dem die Fehler und Unzulänglichkeiten der früheren Methoden nicht anhaften, sondern das auf dem richtigen Prinzip beruht, dass die heisse Luft nur dann abtötend auf Mikroorganismen wirkt, wenn sie mit Wasserdampf gesättigt ist. Es hat sich herausgestellt, dass die Einwirkung von feuchter heisser Luft von 95° im Laufe von 2—3 Stunden genügt, um eine ausreichende Desinfektion herbeizuführen, wobei die Bücher und sonstigen Schriftwerke nicht leiden.

Ucke.

E. Schreiber: Arznei-Verordnungen. Verlag J. Alt. Frankfurt a. M. 1907.

Das kleine Büchlein ist für den praktischen Arzt zusammengestellt und enthält hauptsächlich Rezepte neben kurzen Bemerkungen über Darstellung, Wirkung, Preis des Mittels. Dann folgen, wie üblich, Maximaldosen, Antidota, Aufzählung der wichtigsten Bäder und Kurorte. Es ist ein handliches Büchlein und zur augenblicklichen Orientierung recht passend.

Lingen.

B. Salge: Therapeutisches Taschenbuch für die Kinderpraxis. Verlag von Fischer. Berlin 1907.

Das kleine Taschenbuch entstammt aus der Heubner'schen Klinik und macht den Leser mit den dort gebräuchlichen Behandlungsmethoden bekannt. In der Einleitung wird die Ernährung des gesunden Säuglings, dann die verschiedenen Krankheiten und die anzuwendende Therapie besprochen, wobei eine Reihe von Rezepten angegeben ist. Einen nicht unbedeutenden Teil des Büchleins füllen «Kochrezepte» — 104 an der Zahl —, die dem Arzt bei der Verordnung diätetischer Vorschriften von Nutzen sein können.

Lingen.

M. Runge: Gynaekologie. Verlag von J. Springer. Berlin. Dritte Auflage. 1907.

Auf das Erscheinen der ersten Auflage ist in dieser Zeitschrift seiner Zeit aufmerksam gemacht worden. Die dritte Auflage ist entsprechend dem Fortschritte auf dem gynaekologischen Gebiet erweitert, Manches was zur Zeit des Erscheinens der ersten Auflage noch nicht bekannt oder spruchreif war, wird in der neuen Auflage erwähnt (z. B. die Belastungstherapie, das Operieren mit Gummihandschuhen, die Lumbalanaesthesie, der suprasymphysäre Fasziensehnitt etc.). Bei der Beschreibung der Myomoperationen finden sich manche Ergänzungen und das Kapitel über Chorionepitheliom ist neu bearbeitet. Auch ein Anzahl von Abbildungen ist hinzugekommen.

Runge's Styl ist knapp und praezis, sein Bestreben ist es die Lehren und Forschungsergebnisse, welche in den allgemeinen Besitz der Fachgenossen übergegangen sind, in gedrängter Kürze wiederzugeben. Wir glauben, dass das Lehrbuch für den Studierenden und Anfänger von grossem Nutzen sein wird.

Lingen.

J. Veit: Handbuch der Gynaekologie. Band II. Verlag von J. Bergmann. Wiesbaden 1907.

Der zweite Band der völlig umgearbeiteten. Auflage von 1907 enthält die gonorrhoischen Erkrankungen der weiblichen Harn- und Geschlechtsorgane von E. Bumm, die Entzündungen der Gebärmutter und die Atrophia uteri von A. Döderlein und die Erkrankungen der weiblichen Harnorgane von W. Stoeckel bearbeitet.

Bumm bespricht im allgemeinen Zügen die Pathogenese der Gonorrhoe, Prophylaxe, Statistik etc. und geht dann auf die spezielle Schilderung der Lokalisation der Gonorrhoe und Therapie ein. Döderlein unterscheidet eine durch Mikroorganismen erregte (septische, gonorrhoische, tuberkulöse, syphilitische und diphtheritische) und eine ohne Mitwirkung von Bakterien entstandene Metro-Endometritis. Interessant ist der Abschnitt über die Frage, ob sich im Uterus normaler Weise Bakterien finden. D. ist zu negativen Resultaten gekommen. Der umfangreichste und im Hinblick auf die Erfahrung der Zystoskopie in der Gynaekologie und die Resultate derselben am meisten erweiterte Abschnitt bezieht sich auf den von Stoeckel, einem gewiegten Kenner auf diesem Gebiet und Verfasser eines speziellen Werkes über die Zystoskopie, bearbeiteten Teil. Dieses Kapitel ist, soweit es der Rahmen des allgemeinen Handbuches gestattet, ausführlich und sehr anschaulich geschildert und durch eine Reihe von Abbildungen veranschaulicht. Seitdem die Zystoskopie in der Gynaekologie festen Fuss gefasst, hat die Erkenntniss über manche Affektionen in der Blase und dem Ureter bedeutende Fortschritte gemacht. Diese ist von dem auf diesem Gebiete so erfahrenen Verf. verwertet worden. Im Uebrigen wird der Reihe nach die Erkrankung der Urethra, Blase (Entzündungen, Tumoren, Fisteln, Missbildungen, Fremdkörper etc.) und des Ureter besprochen. Wie im ersten Bande, so giebt es auch hier eine Reihe vorzüglicher Abbildungen, die den Wert des Handbuchs noch erhöhen.

Lingen.

Richard Oestreich: Lehrbuch der allgemeinen Pathologie und allgemeinen pathologischen Anatomie. Mit 44 Textabbildungen und 14 Abbildungen auf 11 Tafeln in Dreifarbendruck. Leipzig, Verlag von Georg Thieme, 1906.

Das aus Vorlesungen hervorgegangene Werk ist dementsprechend in kurze Kapitel eingeteilt und führt den Leser in kurzer Uebersicht durch alle Fragen der allgemeinen Pathologie und pathologischen Anatomie. Bei vollkommenem Verzicht auf Literaturnachweis und Erörterung von strittigen Fragen erscheint es für den Anfänger zum Studium und zum Nachschlagen von besonderm Wert.

Ucke.

Karl Laker: Ueber das Wesen und die Heilbarkeit des Krebses. Leipzig und Wien. Franz Deuticke 1906.

In dem uns hier vorliegenden kleinen Werk will der Verf. mit allen bisherigen Erklärungen und Theorien der Entstehung und des Wesens der bösartigen Geschwülste aufräumen und uns eine neue Erklärung des Zustandekommens der Tumoren geben, die seiner Ansicht nach alle Wahrscheinlichkeit für sich hat. Kurz gesagt wird die Tumorbildung darauf zurückgeführt, dass ein Gewebe eine abnorm erhöhte lokale Wachstumskraft einem andern Gewebe gegenüber erlangt, welches, mit dem ersten nicht Schritt gehalten hat und einer Art Senium präcox (dem eingewebigen Senilismus) anheimgefallen ist. Aus diesen theoretischen Konstruktionen soll nicht nur für die Prophylaxe sondern auch die Therapie der Geschwülste etwas gewonnen werden.

Ucke.

Protokolle des III. Aerztetages

der

Estländischen Aerztlichen Gesellschaft am 3., 4. und 5. November 1906 zu Reval.

---

2. Sitzung.

1. Herr Harms-Reval: Ueber die Wirkung einiger Alkaloide auf die Harnsäurebildung und Ausscheidung im menschlichen Organismus.

Nachdem Autor eingangs die Wirkung der Harnsäure auf den Gesammt-Stoffwechsel im menschlichen Organismus geschildert und die Bedeutung der Alkaloide als Harnsäurelöser und zugleich Ausscheider hervorgehoben, geht er zur Besprechung der gebräuchlichsten Alkaloide über. Hierbei stellt es sich durch genaue Messungen in vielfachen Versuchen heraus, dass die Alkaloide soweit sie Xanthin-Körper sind, also ein gewisser Teil gleichbedeutend mit Harnsäure ist, zur Harnsäurebildung beitragen müssen, im übrigen aber sich in 2 streng von einander zu trennende Gruppen scheiden lassen und zwar solche, welche die Harnsäureausscheidung vermehren also den Alkalien ähnlich wirken und bei zu grosser Dosis schwere Collaemie (Harnsäureüberladung des Blutes) hervorrufen, und deren am meisten hervorspringende Symptome sind: hoher Blutdruck, langsamer Puls, verlangsamter Capillarrückfluss bis schliesslich Cyanose und ein Erlöschen der Oxydationsvorgänge im menschlichen Organismus dem Leben ein Ende machen muss. (Stoffwechselstillstand). In diese Gruppe hinein gehören Chinin, dessen Derivate, Atropin und Atropin ähnlich wirkende Substanzen. Zur zweiten Gruppe gehören solche, die die Harnsäureausscheidung herabsetzen, also den Säuren ähnlich wirken und das Blut von Harnsäure klären, aber sie in Gewebsteilen deponieren und hier ein Depot für eine spätere Collaemie mit allen den schlimmen Folgen schaffen. Hierher gehören als Repräsentanten das Morphium, dessen Derivate und das Cocaïn und die diesem ähnlich wirkenden Substanzen. Zum Schluss betont Autor wie wichtig es ist diese Allgemeinwirkung unserer gebräuchlichsten Alkaloide auf den menschlichen Stoffwechsel zu kennen, um sich in praxi von diesem Gesichtspunkte aus leiten zu lassen. Zwar hat ja die Natur bei schweren fieberhaften Krankheiten bereits für eine Klärung des Blutes von Harnsäure gesorgt, da jedes reine Fieber die Alkaleszenz herabsetzt und den Körper quasi assaniert und dann die Oxydationsvorgänge (also der Stoffwechsel) in vollem Gange sind. Daher erklärt sich wohl auch, warum die alten Aerzte bei fieberhaften Krankheiten Säuremixturen verschrieben und warum wir heut zu Tage alle Fiebermittel fortlassen. Empirisch hat es sich nämlich herausgestellt, dass Fiebermittel schaden und das «Warum» findet seine Erklärung darin, dass Fiebermittel wie Alkalien wirken, Collaemie hervorrufen und ein Erlöschen der Oxydationsvorgänge bedingen. Ist dagegen eine fieberhafte Krankheit mit Cyanose kompliziert, also die Oxydation durch irgend eine Ursache gestört, so ist es sogar Pflicht die Oxydationsvorgänge zu heben, die entstehende Collaemie fortzuschaffen und da haben wir im Morphium in erlaubten und den Fällen richtig angepassten Dosen das souveräne Mittel.

(Autoreferat).

Herr Kusik-Reval: Entgegen den Ausführungen des Redners möchte ich doch warnen vor Morphiumgaben bei Pneumonikern, deren Puls künstlich durch Kampher und Digitalis gehalten worden ist, namentlich kurz vor dem kritischen Stadium, weil man sonst sehr unliebsame Kollapse erleben kann.

2. Herr Stillmark-Pernau: Ein neuer Blutdruckmesser.

Vortr. bespricht zunächst verschiedene Blutdruckmesser, bes. die Sphygmomanometer von v. Basch und Riva-Rocci, sowie das Tonometer von Gaertner. Er kommt zu dem Schluss, dass diesen drei Instrumenten ein sehr grosser Mangel gemeinsam ist, nämlich der Umstand, dass bei ihnen so wichtige Teile, wie z. B. die Pelotte bei dem Basch'schen Instrumente, die Armbinde beim Riva-Rocci'schen, der Fingerring beim Gaertner'schen, alle Röhren und Ballons aus Gummi hergestellt sind. Es müssen — wie a priori anzunehmen ist — die Resultate der Messungen in bedeutendem Masse von dem jeweiligen Elastizitätsgrade des Gummis abhängig sein. Ferner ist bekanntlich die Haltbarkeit der aus Gummi hergestellten Teile eine doch nur sehr beschränkte.

Diese und andere Gründen bewogen den Vortr. zur Konstruktion eines neuen Blutdruckmessers.

Letzterer besteht aus einer zweiarmigen Hebelstange, deren Unterstützungspunkt sich 15 Zentimeter von einem Ende und 40 Zentimeter von dem anderen entfernt befindet, so dass also der lange Arm 40 und der kurze Arm 15 Ztm. lang ist. Ohne Belastung soll die Hebelstange sich in labilem Gleichgewichte befinden. Am Ende des kurzen Arms wird auf einen Teller ein Gewicht aufgeschraubt; unter ihm befindet sich an einer beweglichen Stange hängend eine Pelotte von ca. 25 Quadratmillimeter Grundfläche. Diese Pelotte wird auf die Arteria radialis gelegt. — Der Druck des Gewichts muss nun derart sein, dass er im Stande ist, die Blutwelle zu unterdrücken d. h. den Blutdruck gewissermassen aufzuwiegen. Es ist nun der Zweck des Apparats, den Druck, der dazu erforderlich ist, genau festzustellen. Dieses geschieht auf folgende Weise: Der lange Schenkel ist 40 Ztm. lang und trägt ein Laufgewicht von 75 Gramm, durch dessen Verschiebung man den Druck des Gewichts auf dem Teller beliebig — d. h. in gewissen Grenzen — verringern kann. Wenn das Laufgewicht sich am äussersten Ende des langen Schenkels befindet, so wiegt es ein Gewicht von 200 Gramm auf dem kurzen Schenkel auf. Durch Verschiebung des Laufgewichts bis zum Ende des langen Hebelarms wird das Gewicht auf dem Teller also um 200 Gramm vermindert, folglich bewirkt eine Verschiebung um 1 Millimeter eine Veränderung des Gewichts um 0,5 Gramm. Am Ende des langen Hebelarms ist ein Reflexspiegel von 3 Metern Brennweite angebracht. Beim Gebrauche stellen wir den Apparat so auf, dass 3 Meter vom Spiegel entfernt sich eine Lampe befindet und nach einer anderen Seite hin in der gleichen Entfernung ein weisses Papier an der Wand hängt. Das Licht der Lampe wird von dem Spiegel aufgefangen und auf die weisse Wand reflektiert. Da, wie gesagt die Brennweite des Spiegels gleichfalls 3 Meter beträgt, so erhalten wir auf der weissen Fläche ein scharfes, intensives helles Bild der Flamme.

Wir legen bei der Untersuchung die Pelotte auf die Stelle der Arteria radialis, die einerseits vom processus styloideus radii und andrerseits von der Sehne der musc. flexor carpi radialis begrenzt wird. Warum vom Vortragenden gerade diese Stelle der Radialis bevorzugt wird, wird von ihm an der Hand anatomischer Daten begründet. Das Gewicht auf dem kurzen Schenkel (gewöhnl. 500—700 Gr.) muss die Blutzirkulation an der betr. Stelle der Arterie völlig unterdrücken. Durch Verschiebung des Laufgewichts wird nun das grosse Gewicht so weit verringert, dass sich die Blutwelle endlich durchringt. In diesem Moment nun beginnt das Spiegelbild der Flamme an der Wand plötzlich vertikale oscillatorische Bewegungen auszuführen, während es natürlich völlig unbeweglich verharrt, so lange die Zirkulation noch durch das Gewicht unterdrückt ist. — An einer Millimeterskala auf der Seitenfläche des langen Hebelarms kann die Entfernung des Laufgewichts vom Unterstützungspunkte, bei der die Oscillationen beginnen, abgesehen und durch eine einfache Rechnung das Gewicht festgestellt werden, das von der Blutwelle überwunden worden ist und zwar bis zu einem halben Gramme genau. — Sollte es sich bei physiologischen Versuchen als nötig erweisen, noch geringere Differenzen zum Ausdruck zu bringen, so braucht man nur zu diesem Zwecke das Laufgewicht entsprechend zu verkleinern. Durch Verkleinerung auf die Hälfte (37,5 Gramm) kann man schon Unterschiede von 1/4 Gramm markieren, durch eine weitere Verkleinerung noch beliebig kleinere. Dadurch, dass das Spiegelbild an der Wand sich 3 Meter weit von dem Apparate befindet, gelingt es schon sehr kleine Oscillationen des Spiegels, die von dem blossen Auge nicht mehr wahrgenommen werden können, an der Wand deutlich sichtbar zu machen.

Beim Gebrauche wird der Apparat auf einen gewöhnlichen nicht zu hohen Tisch gestellt. Der Patient setzt sich an den Tisch und legt seinen Unterarm mit der volaren Fläche nach oben gerichtet möglichst horizontal derart unter den kurzen Schenkel des Instruments, dass die Pelotte gerade die Arteria radialis an der angegebenen Stelle trifft.

Alle Teile des Apparates sind aus Metall angefertigt, mit Ausnahme natürlich des Spiegels und der Pelotte. Als Lichtquelle lässt sich jede einfache gutbrennende Hauslampe benutzen. Da nun fast alle anderen Blutdruckmesser die gefundenen Werte in manometrischer Form d. h. in Atmosphärendruck angeben, so kam es darauf an, einen Modus ausfindig zu machen, der uns eine Umrechnung der Gewichtszahlen, die man mit dem neuen Apparate findet, in Atmosphärendruck möglich macht.

Diese Umrechnung ist nun auf Grund folgender Formel leicht ausführbar:

Wenn s = der Querschnitt der Arterie ist (d. h. nur des Lumens),

h = die Höhe der dem Blutdruck das Gleichgewicht haltenden Quecksilbersäule,

p = das spezifische Gewicht des Quecksilbers (= 13,5956)

n = das Gewicht in Grammen, das den Puls unterdrückt,

so ist $n = h. \rho. s.$

Also $h = \frac{n}{\rho. s} = \frac{n}{13,6. s}$

Führt man nun statt s den inneren Durchmesser der Arterie ein, so ist $s = \frac{d^2 \pi}{4}$, wo $\pi = 3,14$ das bekannte Verhältniss des Kreisumfanges zum Durchmesser bedeutet, so wird

$$h = \frac{4 n}{\rho. \pi. d^2} = \frac{n}{10,18. d^2}$$

Durch Messungen von Präparaten der Arteria radialis sowie durch zahlreiche Versuche ist vom Vortragenden als innerer Durchmesser der A. radialis, der ja naturgemäss eine variable Grösse ist, bei einem jungen gesunden Manne mittlerer Grösse die Zahl 1,5—1,7 Millimeter gefunden worden. — Jedenfalls kann diese Zahl als die zur Umrechnung geeignete bezeichnet werden.

(Autoreferat).

(Dieser Vortrag wird in extenso in der Berliner klinischen Wochenschrift erscheinen).

Diskussion.

Herr Kusik-Reval: Von Katzenstein-Berlin ist eine Methode zur Bestimmung der Herzsuffizienz angegeben, bei der man alle Apparate missen kann. Er schaltet durch Fingerdruck die beiden Art. femorales dicht unter dem Poupartschen Bande bis zum Verschwinden der Pulsation aus. Wenn hierbei eine Störung der Pulsfrequenz auftritt und der Puls irregulär wird, so besteht Insufficienz des Herzens. Ich persönlich habe mit dem Riva-Rocci nur gute Erfahrungen gemacht. Der Apparat ist handlich, gut transportabel und ermöglicht die Bestimmung des Blutdruckes in wenigen Minuten.

Herr Stillmark: Ich glaube nicht, dass die Methode von Katzenstein, dessen Arbeit mir übrigens auch bekannt ist, die anderen Methoden der Blutdruckmessungen ersetzen kann. Es kommt doch in der Praxis vielfach darauf an in exakter Weise den Blutdruck zu bestimmen, was man mit dem heute von mir besprochenen Instrumente ja sehr wohl tun kann.

Herr Weiss-Reval macht darauf aufmerksam, dass die von Kusick referierte Katzensteinsche Methode der Herzinsufficienzprüfung auch Gefahren mit sich bringen kann; bei Arteriosklerotikern soll man sie nicht anwenden; überhaupt müssen Puls und Atmung des zu Untersuchenden ruhig und durch keinerlei Anstrengung erregt sein. W. hat das Gärtnersche Tonometer angewandt und findet seine Anwendung bequem, doch verderben die Gummiteile rasch; ein Metallapparat wie der Stillmarksche wäre daher ceteris paribus vorzuziehen. W. bittet den Vortragenden um Mitteilung einiger klinischer Erfahrungen über die Bedeutung der Blutdruckmessung. W. ist der Meinung, dass die klinische Blutdruckmessung bei der Bestimmung der Herzsufficienz resp. Herzinsufficienz nicht die Bedeutung erlangt hat, die man anfangs erhoffte; dasselbe gelte für die Diagnose der beginnenden Arteriosklerose.

Herr Stillmark giebt an, dass die Blutdruckmessungen z. B. in der Balneotherapie und bei gymnastischen Kuren von grossem Werte sind. Nauheimer Aerzte z. B. Schott gründen z. B. zuweilen die Kohlensäure-Kur auf ein geeignetes Verhalten des Blutdrucks bei den Patienten. Ein schnelles Sinken des Blutdrucks im kohlensauren Bade gilt ihnen als Kontraindikation. Ebenso ist — wie auf Grund der Arbeiten von Prof. Dehio und seinen Schülern anzunehmen — eine gymnastische Kur bei Patienten, die bei körperlichen Uebungen ein schnelles Sinken des Blutdrucks zeigen, häufig von deletärer Wirkung.

3. Herr von Kügelgen-Seewald: Ueber die Behandlung Geisteskranker.

Vortragender giebt einleitend einen kurzen Ueberblick über die in der ersten Hälfte des XIX. Jahrh. herrschenden psychiatrischen Strömungen die von theoretischen Gesichtspunkten aus die Behandlung der Geisteskranken bestimmten. In der Schilderung der jetzt gültigen Behandlungsweisen, dem Ergebnis klinischer Arbeit der letzten Jahre, beschränkt Vortragender sich auf das allgemein Anerkannte und praktisch Bewährte, ferner auf der Geisteskrankheit eigentümliche und einer Behandlung überhaupt zugängliche Erscheinungen. Den Forderungen einer Causalbehandlung kann nur bei den Intoxikationspsychosen entsprochen werden.

Die im übrigen rein symptomatische Behandlung hat in erster Linie die Erregung in ihren vielen Gestalten und die für den Kranken oder die Umgebung gefährlichen Neigungen zu berücksichtigen. Diese Erscheinungen bedingen das besondere Bild der Anstalten für Geisteskranke und schaffen die Unabweisbarkeit äusserer Beschränkung, die von allen Psychiatern beklagt, von jedem in seiner Form gebilligt wird. Vortragender sieht den Kernpunkt der Frage darin, dass der Zwang nicht mehr zur Heilmethode gehört. Die Unfreiheit beginnt mit der Geisteskrankheit, die äussere Beschränkung, soweit sie nicht vermeidbar ist, soll für den Kranken so erträglich als denkbar zu gestalten sein. Die öffentliche Meinung der Abteilung zeigt dem Arzt leicht ob eine Massnahme als Behandlung oder Misshandlung aufgefasst wird. Zellen und die altehrwürdige Jacke sind in Seewald unbekannt. Die feuchtwarme Packung wird vielfach angewandt auch als Schlafmittel bei ruhigen Kranken, üble Folgen sind nicht bemerkt worden. Die ungern verwandte ultima ratio bei lärmenden Kranken oder drohender Erschöpfung ist das Hyoscin. Zum Zwang ist auch die Sondenfütterung zu rechnen, die sich ohne Gefahr für die Kranken nicht ganz ausschalten lässt. Der Behandlung Geisteskranker eigentümlich ist auch das Gegenstück der Beschränkung — die gewährte Freiheit in der Gestalt freien Ausganges oder Urlaubes, endlich der Arbeit.

Die Frage der Prophylaxe und Vererbung der Geisteskrankheiten stellt Vortragender zur Diskussion, die wegen vorgerückter Stunde nicht stattfindet.

(Autoreferat).

4. Herr Greiffenhagen-Reval: Demonstration von Röntgenbildern.

Gr. führt eine Reihe von Röntgennegativen mit Hülfe des Hirschmannschen Demonstrationsapparates vor. An typischen Bildern werden Frakturen, Luxationen, Fremdkörper, Missbildungen, Aneurysmen und ein Oesophagusdivertikel demonstriert. Gr. betont den Nutzen der Röntgendiagnose für chirurgische und interne Erkrankungen, macht aber auch auf die Gefahren aufmerksam, die dem Arzte besonders bei Versicherungsgesellschaften aus den Ergebnissen der Röntgenbilder erwachsen können bei der Unfallpraxis.

(Fortsetzung folgt).

Tagesnachrichten.

Personalia.

— Das Ehrenzeichen für 40-jährigen tadellosen Dienst ist dem ordentlichen Professor emeritus der pathologischen Anatomie an der Moskauer Universität, Geheimrat Dr. J. Klein, verliehen worden.

— Die St. Petersburger deutsche Gruppe des Verbandes vom 17. Oktober hat nach Feststellung ihrer vollen Autonomie den Professor Dr. Oskar v. Petersen zum Vertreter in das Zentralkomitee des Verbandes gewählt.

— Der Direktor und Oberarzt des St. Petersburger Nikolai-Kinderhospitals Dr. Wjashlinski ist bis zum 25. September 1907 ins Ausland beurlaubt worden.

— Der Oberarzt des St. Petersburger Nikolai-Militärhospitals Dr. Minin ist mit Uniform und Pension verabschiedet worden.

— Der ältere Arzt des Kinderhospitals des Prinzen Peter von Oldenburg Dr. Tschoschin ist auf eigenes Ersuchen verabschiedet worden.

— Der Gehülfe des Oberarztes des St. Petersb. städtischen Alexanderhospitals Dr. Potozki ist zum Konsultanten für chirurgische Krankheiten bei den St. Petersburger Erziehungsanstalten des Ressorts der Kaiserin Maria ernannt worden, unter Belassung in seiner bisherigen Stellung.

— Der ausserordentliche Professor der medizinischen Diagnostik und propädeutischen Klinik an der Odessaer Universität Dr. Walther ist zum ordentlichen Professor ernannt worden.

— Der ausseretatmässige Konsultant des St. Petersburger Posthospitals Dr. Sserapin ist zum ausserordentlichen Professor für chirurgische Pathologie an der Odessaer Universität ernannt worden.

— Zum Oberarzt des Dorpater Stadthospitals und zum Arzt beim polizeilichen Sanitäts-

komitee ist an Stelle des verstorbenen Dr. Ströhmberg, wie die «Nordl. Ztg.» hört, vom Stadtamte Dr. August Lezius ernannt worden.

— Sein 25-jähriges Jubiläum als akademischer Lehrer beging vor einem Monat der Professor extraord. der inneren Medizin an der Universität Göttingen, Dr. Otto Damsch. Der Jubilar, welcher jetzt im 54. Lebensjahre steht, ist seit 1879 als Arzt tätig.

— Dem Generalstabsarzt der preussischen Armee, Prof. Dr. Schjerning, ist der Generalleutnantsrang verliehen worden. Er ist neuerdings auch zum Ehrenmitglied der Gesellschaft der Aerzte in Budapest ernannt worden.

Nekrologe:

— Verstorben sind: 1) Am 6. September in Dorpat der dortige Stadtarzt, Staatsrat Dr. Christian Ströhmberg, an einem schweren Herzleiden im kürzlich vollendeten 56. Lebensjahre. Zu Fellin (Livland) als Sohn des dortigen Kreisfiskals geboren, erhielt er seine Gymnasialbildung in Pernau und widmete sich dann von 1870—77 dem Studium der Medizin an der Dorpater Universität, an welcher er am 20. Januar 1877 auch die Doktorwürde erlangte. Seine ärztliche Tätigkeit begann er als Assistent an der Augenklinik in Dorpat, war dann 1877/78 während des russisch-türkischen Krieges Militärarzt an verschiedenen Hospitälern im Kaukasus und nach Beendigung des Feldzuges 6 Jahre Oberarzt am grossen Fabrikhospital in Wotkinsk (Gouv. Wjatka). Im Herbst 1884 kehrte er in seine baltische Heimat zurück und bekleidete anfangs zwei Jahre die Posten des Stadtarztes und des Eisenbahnarztes in Werro, um sich dann dauernd als praktischer Arzt in Dorpat niederzulassen, wo er bis zu seinem Lebensende zugleich als Arzt des Gymnasiums und des Veterinärinstituts, sowie zuerst als Kreisarzt und hierauf seit 11 Jahren als Stadtarzt und Oberarzt des Stadthospitals fungierte. Gerade in seiner letztgenannten Eigenschaft hat er sich die grössten Verdienste um die Stadt Dorpat erworben durch die Verbesserung des Sanitätswesens und namentlich durch die Reorganisation des Stadthospitals und die Regelung des Prostitutionswesens. Beiläufig gesagt, hat auch Schreiber dieser Zeilen, der in früheren Jahren als Student im Dorpater Stadthospital praktiziert hat, als er in neuerer Zeit auf die liebenswürdige Aufforderung des eben verstorbenen Oberarztes das Hospital besuchte, sich von dem Unterschiede zwischen den neugeregelten Verhältnissen und den früheren verwahrlosten Zuständen dieses Hospitals überzeugen können. Aber nicht nur in seiner amtlichen Tätigkeit, auch als praktischer Arzt, als Vorgesetzter und Kollege sowie in seinem Wirken im sozialen Leben hat Dr. Ströhmberg die verdiente Anerkennung gefunden. Hervorragenden Anteil hat er an der Gründung der Gesellschaft livländischer Aerzte genommen, deren Präses er im letzten Jahre war; sie zollte ihm auch dafür die verdiente Anerkennung, indem sie ihn auf dem letzten Aerztetage, an welchem er infolge schwerer Krankheit nicht mehr teilnehmen konnte, einstimmig zum Ehrenmitgliede wählte. Auch einer Anzahl gemeinnütziger Vereine der Stadt hat er sein Interesse und seine Mitarbeit gewidmet, so dem Handwerkerverein, dessen Vizepräses er war, dem Radfahrerverein u. a. m. Trotz Ueberladung mit Arbeit ist der Verstorbene doch vielfach auch literärisch hervorgetreten mit Büchern, Brochüren, grösseren und kleineren Journalartikeln. Auch unsere med. Wochenschrift verdankt ihm eine ganze Reihe wertvoller Originalbeiträge.

So ist denn mit Dr. Ströhmberg ein Arzt dahingeschieden, der durch seine Tüchtigkeit, strenge Pflichterfüllung und seltene Arbeitskraft vollste Anerkennung und Hochachtung nicht nur der Berufsgenossen, sondern auch weiter Kreise der Stadt und des Landes sich erworben hat; sie alle werden ihm daher ein treues Andenken auch über das Grab hinaus bewahren. Bf.

2) In Kiew der Eisenbahnarzt an den Südwestbahnen Dr. Konstantin Rappoport im Alter von 50 Jahren. Die ärztliche Praxis hat der Verstorbene seit 1883 ausgeübt. 3) In Kasan Dr. Sergius Balck im 66. Lebensjahre nach 30-jähriger ärztlicher Tätigkeit. Er hat durch Gift seinem Leben ein Ziel gesetzt (cfr. die betreff. Mitteilung in der Rubrik «Standesangelegenheiten» in der heutigen Nr.) — 4) In Wien der frühere städtische Bezirksarzt Dr. Karl Kohn, der längere Zeit die «Oesterreichische ärztliche Vereinszeitung» redigierte, im Alter von 70 Jahren. Der Verstorbene, welcher längere Zeit dem Vorstande der Aerztekammer angehörte, hat sich auch um die Standesangelegenheiten verdient gemacht.

Standesangelegenheiten.

— Der hiesige Arzt Dr. Dubrowin, Präsident des Verbandes des Russischen Volkes, ist als verantwortlicher Redakteur der reaktionären Zeitung «Russkoje Snamja», deren Nummer 190 vor kurzem konfisziert wurde, auf Grund des Art. 129 des Strafgesetzbuches unter Anklage gestellt worden. Wie verlautet, hat Dr. Dubrowin eine Gegenklage angestrengt.

— Verurteilung eines Arztes. Vor dem St. Petersburger Bezirksgericht stand vor einiger Zeit der frühere Deputierte der ersten Reichsduma, der hiesige Arzt Hirsch Bruck, unter der Anklage, in der von ihm in Witebsk redigierten Zeitung «Witebskaja Shisn» einen Artikel gebracht zu haben, der falsche Mitteilungen über Massnahmen der Regierung enthielt und in der Bevölkerung Feindschaft und Unruhe hervorrief über die Anordnungen der Regierung bezüglich der Reichsduma. Das Bezirksgericht hat damals Bruck freigesprochen; Die Gerichtspalate aber, vor der die Angelegenheit am 3. September nochmals zur Verhandlung gelangte, verurteilte ihn zu vier Monaten Gefängnishaft.

— Die Tulasche Adelsversammlung hat, wie die Petersb. Telegraphenagentur meldet, am 4. September den früheren Herausgeber der «Tulskaja Rjetsch», Landschaftsarzt und Edelmann Dr. A. Arssenjew aus dem Alexinschen Kreise, bis zu seiner Rechtfertigung von den Sitzungen des Adels ausgeschlossen. Nähere Angaben fehlen.

— In Kasan hat sich im Bahnhofsgebäude der Arzt Sergius Balck vergiftet. Als Ursache wird vollständiger Mangel an Existenzmitteln angegeben, so dass der Verstorbene mit seiner Familie in der letzten Zeit oft nicht einmal ein Stück Brot im Hause hatte. Die Beerdigung fand auf Kosten eines dortigen Arztes statt, der auch einiges Geld für den ersten Unterhalt der unglücklichen Familie gesammelt hat. (Epocha — R. Wr.)

— Der durch seine hervorragenden Leistungen auf dem Gebiet der Orthopädie bekannte Professor der orthopädischen Chirurgie Dr. V. in Heidelberg, welcher bereits vor einigen Jahren wegen eines in seiner Klinik erfolgten Versehens zur Zahlung einer hohen Entschädigung verurteilt wurde, ist, wie wir der «A. med. C.-Ztg.» entnehmen, neuerdings abermals von einem Patienten, der sich durch eine Operation geschädigt glaubte, auf Zahlung von Schadenersatz verklagt worden. Das Oberlandesgericht in Karlsruhe verurteilte ihn in der Tat zur Zahlung von 5000 Mark Entschädigung, weil er zur Vornahme der betreffenden Operation an dem minderjährigen Patienten ohne Einwilligung der Eltern desselben nicht berechtigt war. Die Klage auf Erstattung eines Vermögensschadens wurde jedoch abgewiesen, da dem Patienten ein dauernder Schaden durch die Operation nicht erwachsen war.

Vereins- und Kongressnachrichten.

— Der internationale Kongress zur Bekämpfung der Kindersterblichkeit wurde am 4./17. September in Brüssel eröffnet. Als russische Delegierte nahmen an dem Kongresse der Vertreter des Ressorts der Institutionen der Kaiserin Maria, v. Aderkas sowie die Aerzte Winokurow, Pollak und die Petersburger Aerztin Schabanowa teil.

— An der soeben geschlossenen VI. internationalen Tuberkulosekonferenz in Wien haben etwa 200 Mitglieder aus allen Ländern teilgenommen, darunter aus Russland der Leibmedikus Dr. Leo Berthenson und aus Deutschland die Professoren von Leyden, Fränkel, Flügge, Orth, Liebreich, Pannwitz u. a. Den Vorsitz führte, da Léon Bourgeois wegen der Friedenskonferenz im Haag an der Teilnahme verhindert war, Prof. v. Schrötter (Wien).

— Die 79. Versammlung Deutscher Naturforscher und Aerzte wurde am 3./16. September in Dresden von dem ersten Geschäftsführer, Hofrat Prof. Dr. Meyer, mit einer Rede eröffnet, in welcher er einen Rückblick auf die ersten Naturforscher- und Aerzteversammlungen in Dresden in den Jahren 1826 und 1868 warf und besonders an die Verdienste Alexander v. Humboldts um die Vertiefung des Arbeitsgebietes der Gesellschaft und die Anbahnung der wissenschaftlichen Einheit Deutschlands erinnerte. Nach den nun folgenden üblichen Begrüssungen des Kongresses durch die Vertreter der Staatsregierung, der Stadt Dresden, der Landesuniversität Leipzig etc. übernahm der erste Vorsitzende Prof. emer. Dr.

Naunyn (früher in Dorpat) den Vorsitz der Versammlung mit Dankesworten an die Behörden, die Stadt und das vorbereitende Komitee. Es folgten nun die wissenschaftlichen Vorträge und zwar an erster Stelle die Berichte der Unterrichtskommission der Gesellschaft, welche im Interesse der Jugend die Forderung stellte, dass den Naturwissenschaften in den höheren Unterrichtsanstalten ein grösserer Einfluss eingeräumt werde. Sodann hielt Prof. Hempel (Dresden) einen interessanten Vortrag über die Behandlung der Milch. Damit schloss die erste Sitzung, an welcher bereits mehr als 2000 Gelehrte aus allen Teilen Deutschlands, Oesterreichs und der Schweiz teilnahmen. Zum nächstjährigen Versammlungsort ist, wie der Telegraph meldet, Cöln gewählt worden.

Epidemiologisches.

— An der Cholera sind in verschiedenen Ortschaften von 15 Gouvernements und 2 Gebieten bis zum 7. September im ganzen mehr als 4500 Cholerafälle registriert worden, davon ca. 2320 Fälle mit tödlichem Ausgange. Der Hauptherd ist noch immer die Stadt und das Gouvernement Astrachan. In Moskau sollen, den Zeitungen zufolge, bereits 6 Erkrankungen und 3 Todesfälle an der Cholera vorgekommen sein.

Pest. Auf der Station Mandschuria soll am 6. September ein 13-jähriges Mädchen in das Eisenbahnhospital gebracht sein, bei dem die Aerzte die Bubonenpest konstatierten.

Verschiedene Mitteilungen.

— Sanatorium Kaiser Alexander III. in Jalta. In Gegenwart des Grossfürsten Alexander Michailowitsch und der Grossfürstin Xenia Alexandrowna fand vor kurzem in Jalta die Einweihung und Eröffnung des Hauptgebäudes des zum Andenken an den Kaiser Alexander III. erbauten Sanatoriums statt, das für 60 Kranke eingerichtet ist.

— Neue Heilanstalt in St. Petersburg. Am 2. September eröffnete der Verband des Russischen Volkes im Hause Nr. 101 am Katharinenhofer Prospekt eine durch Beiträge seiner Mitglieder errichtete unentgeltliche Heilanstalt für ambulatorische Kranke. Der Feier wohnten der Präsident des Verbandes Dr. Dubrowin, Graf Konownizyn und andere Führer des Verbandes bei. In seiner Ansprache an die Versammlung meinte Dr. Dubrowin, nun hätten die Verbändler mit Gottes Hülfe eine Heilanstalt, welche ihre Taschen und ihre Gesundheit vor räuberischer Exploitation durch jüdische Aerzte und Apotheker bewahren werde. (Her.)

— In Odessa ist, wie wir hören, vor kurzem das erste Heft eines neuen der Röntgenwissenschaft gewidmeten russischen Journals unter dem Titel «Röntgenowski Wiestnik» erschienen, das von dem Professor Dr. P. Walther und dem Herausgeber Dr. Jakob Rosenblatt redigiert wird.

— An den Folgen eines wissenschaftlichen Versuchs gestorben ist der New-Yorker Universitätsprofessor H. Powel, der vor seinen Zuhörern Phenol einnahm und darauf Alkohol trank, um den Wert des letzten als Gegengift des Phenol zu beweisen. Offenbar hat Prof. Powel sich dabei in der Menge des Phenols geirrt, da er bald nach dem Versuche unter Vergiftungserscheinungen erkrankte und starb.

Bf.

✦ Nächste Sitzung des Vereins St. Petersb. Aerzte: Dienstag, d. 18. Sept. 1907.

Tagesordnung: A. Feldt: Ueber otitische Kleinhirnabszesse.

✦ Nächste Sitzung des Deutschen ärztlichen Vereins: Montag, d. 24. Sept. 1907.

Tagesordnung: Ed. Heuking: Ueber eine seltene Komplikation der Perityphlitis.



Adressen von Krankenpflegerinnen:

Frl. **Pauline Winkel**, Конногвардейскій переулокъ 4, кв. 2.

LANOLINUM PURISSIMUM «LIEBREICH»

Pharm. Ross.

in bekannter absoluter Reinheit und unübertroffener Qualität.

(103) 52—22

Marke



„Pfeilring".

Vereinigte Chemische Werke Aktiengesellschaft

Charlottenburg.

Avis für praktische Aerzte!

Soeben erhalten

komplette Sätze und einzelne Teile von

Stau- und Saug-Apparaten

Modelle der königl. Chir. Universitäts-Klinik Bonn, nach Prof. Biers und Dr. Klapps Methode,

zur schmerzlosen Ausheilung, in schonendster Weise, **ohne Schnitt und Drainage,** auf dem einfachen Wege des Saugens, von verschiedenerlei entzündlichen Erkrankungen (Furunkel, Karbunkel, Abszesse, Bubonen, Tonsillen, Fistel, Mastitis, Panaritien. Gonorrhoe etc.).

Illustriertes Preisverzeichnis nebst kurzer Gebrauchsanweisung u. Auswahl der einschlägigen Fachliteratur wird an Reflektanten gratis verabfolgt.

Const. Malm,

St. Petersb. Morskaja, 34. Telephon № 1392.

Vereinigte Chininfabriken ZIMMER & Co. FRANKFURT a/M.

ESTORAL

einfach und angenehm zu verwendendes **Schnupfenmittel.**
Literatur: „Heilmittel-Revue", Februar 1906.

EUNATROL

Vorzügliches **Cholagogum** bei **Gallenstein** und anderen Gallen- und Leberkrankheiten; wird besonders in Form der **Eunatrolpillen** ohne jede üble Nebenerscheinung monatelang genommen.

UROSIN

(67) 17—4.

Einziges, von Dr. Weiss, dem Erfinder der Chinasäure-Therapie empfohlenes und sicher prophylaktisch wirksames Präparat gegen **Gicht und andere harnsaure Ablagerungen.**

Den Herren Aerzten stellen wir neben Literatur auch Muster gern zur Verfügung. Bei der Bestellung wolle man sich auf Anzeige № 195 beziehen.

Kissingen Dr. C. Dapper's * Sanatorium *

„Neues **Kurhaus**" für **Magen- und Darmkrankheiten**, Fettsucht (Entfettungskuren unter Stoffwechsel-Kontrolle) Diabetes, Gicht, Herz- und Nierenkrankheiten, Neurasthenie, Mastkuren, Elektro- und Hydrotherapie in allen Formen. April — Dezember. Prospekte.

Dr. C. Dapper Kgl. Preuss. Professor Kgl. Bayr. Hofrat. (33) 14—12.

Im Deutschen Alexander-Hospital wird Nachweis erteilt über zur Zeit dienstfreie Pfleger und Pflegerinnen für die private Krankenpflege (gegen Zahlung von 50 Kop.)

SPEZIALPRÄPARATE MARKE „ROCHE"

Airol
Digalen
Thiocol
Thiocol-tabletten

Sirolin

die idealste Form der Guajacol-Therapie.

Wohlriechender, angenehm schmeck. Sirup.

Tuberkulose, Keuchhusten, allgem. Schwächezustände, Skrophulose, Influenza.

Warnung! Sirolin ist nur echt, wenn jede Flasche mit unserer Firma versehen ist.

Protylin

Phosphoreiweiss m. 2,6% entgift. Phosphor.

Leicht resorbierb., völl. unschädl. f. d. Darmtrakt. Neurosen, Hysterie, senil. Marasmus, Cachexie.

Eisen-Protylin (Eisengeh 2,3%), b. **Chlorosen u. Anaemie.**
Brom-Protylin (Bromgehalt 4%, org. geb.), bei **Neurosen.**
Originalpackungen von 25, 50, 100, 250 gr. und Tabletten à 0,25 gr. in Cartons à 100 Stück.

Asterol
Arsylin
Thigenol
Sulfosot-sirup

Muster und Literatur zur Verfügung.

F. HOFFMANN-LA ROCHE & Cie, BASEL (SCHWEIZ), GRENZACH (BADEN)

ANSTALT FÜR WARME BAEDER



Eigenthum der Französischen Regierung. (34) 24—10.

BADE-SAISON.

In der Anstalt VICHY, der besteingerichteten in ganz Europa, sind vorhanden Bäder und Douchen zur Heilung von Magen-, Leber-, Harnblasen-, Harnsalz-, Podagra und anderen Krankheiten.

Täglich vom 15. Mai bis zum 30. September Theater und Concerte im Casino. Musik im Park. Lesecabinetts. Gastzimmer für Damen, Spiel-, Sprechsäle und Billards. Alle Eisenbahnlinien sind mit VICHY verbunden. Frankreich, Departement Allier.

Dr. Navrátil's.

Sanatorium „Bellaria"

in Arco,

der wärmsten klimatischen Station Süd-Tyrols, für chronisch Kranke, Rekonvaleszenten etc.

Prospekte u. jegliche Auskunft auf Wunsch.

PERTUSSIN Extract. Thymi saccharat. Taeschner.

ges. gesch. Einfuhr von der russ. Behörde gestattet.

Unschädliches, sicher wirkendes Mittel gegen:

Keuchhusten, Kehlkopf- und Bronchialkatarrh.

Literatur in hervorrag. Blättern Deutschlands u. Oesterreich-Ungarns.

Aerztliche Gutachten:

Prof. Dr. Ernst Fischer *(Strassburg)*:
Die Wirkung des „**Pertussin**" war eine überraschende; wenngleich ich nicht gerade sagen kann, dass der Keuchhusten sich in einigen Tagen in einen einfachen Katarrh verwandelte, so wurden die Anfälle so milde, der Schleim so locker, dass das Erschreckende des Keuchhustens, das Blauwerden und die drohende Erstickung, vollständig wegfielen.

Dr. Model, kgl. Bezirksarzt a. D. *(Weissenburg)*:
Nach dem Gebrauch des **Pertussin** war es mir beim Erwachen plötzlich, als athmete ich die freie herrliche Luft auf einem Alpen-Gipfel. Diese Leichtathmigkeit fiel mir besonders auf, der ich infolge langjähriger Bronchialkatarrhe an merklichem Emphysem leide.

Dr. Alfred Müller *(Neuhausen)*:
Mein Urtheil geht dahin, dass das **Pertussin** ein Mittel ist, das in kürzester Zeit den mit Recht so gefürchteten Keuchhusten in einen ungefährlichen und fast unmerkbaren Bronchialkatarrh überzuführen vermag. Ich kenne zur Zeit kein anderes Mittel, welches sich des gleichen Vorzuges rühmen dürfte.

Dr. Erich R. von Matzner *(Birkfeld, Steierm.)*:
Die drei mit **Pertussin** behandelten Bronchitiden, davon zwei bei Kindern, zählten zu den schwersten Formen und jedesmal erwies sich Ihr Präparat als von ausgezeichneter Wirkung; der starke Hustenreiz nahm in wenigen Stunden bereits ab und die Secretion begann sich bald zu verringern, die Temperatur fiel ab.

Verkauf nur durch die Apotheken, sowie durch folgende Engros-Depôts: **H. Bierstümpfel, Apotheker, Warschau,** Marszalkowska 136. **Ad. Marcinczik, Apotheker, Kiew. Paul Seebode, Apotheker,** Riga, Kalkstr. 26. **B. Schaskolsky, Petersburg, Carl Ferrein, Moskau.**

Hergestellt in der **Kommandanten-Apotheke E. Taeschner, Berlin C. 19,** Seydelstrasse 16. (14) 0—8.

Das Krankenutensilienlager des St. Petersburger Samariter-Vereins.

Maximilianowsky Pereulok, 11.

verleiht auf Empfehlung eines Arztes oder eines Mitgliedes des Vereins alle zur Krankenpflege notwendigen Gegenstände wie: Rollstühle, Wassermatratzen, Tragbahren, Krücken, Wannen, Eisbeutel, Irrigatore etc.

Das Lager ist täglich v. 10 bis 5 Uhr (an Sonntagen v. 12 bis 2) geöffnet.

Die Verwalterin ist Dienstags und Freitags v. 2—3 Uhr daselbst zu sprechen.

Herausgeber Dr. Rudolf Wanach. Buchdruckerei v. A. Wienecke Katharinenhofer Pr. № 15.

XXXII. JAHRGANG. ST. PETERSBURGER Neue Folge XXIV. Jahrg.

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Redaktion von

Prof. Dr. Karl Dehio. Dorpat. **Dr. Johannes Krannhals.** Riga.

Dr. Rudolf Wanach. St. Petersburg.

Die „St. Petersburger Medizinische Wochenschrift" erscheint jeden Sonnabend.—Der **Abonnementspreis** ist in **Russland** 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr inkl. Postzustellung; in **den anderen Ländern 20 Mark** jährlich, 10 Mark halbjährlich. Der **Insertionspreis** für die 3mal gespaltene Zeile in Petit ist 20 Kop. oder 45 Pfen.—Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt. —Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.

Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate bittet man ausschliesslich an die Buchhandlung von **K. L. Ricker** in St. Petersburg, Newsky-Prospekt № 14. zu richten. — **Manuskripte** sowie alle auf die Redaktion bezüglichen Mitteilungen bittet man an den geschäftsführenden Redakteur Dr. **R. Wanach** in St. Petersburg, Petersb. Seite, Alexandrowski Pr. 6 zu richten. Sprechst. Dienstag, Donnerstag und Sonnabend 5—6.

№ 37 St. Petersburg, den 15. (28.) September. **1907.**

Aus dem Diakonissenhaus zu Mitau.

Ueber Bier'sche Stauung.

Vortrag, gehalten auf dem XIX. Livländischen Aerztetag in Dorpat am 18. August 1907.

Von

Dr. K. Tantzscher.

(Schluss.)

Ein fünfjähriger Knabe hatte sich eine komplizierte Fraktur des l. Unterschenkels zugezogen. Ueber der Mitte der Tibia, die c. 12 cm. entblösst dalag, war eine rechtwinklige Hautwunde zu sehen, deren kürzerer Schenkel c. 10 cm. lang war. Ich nähte den Knochen mit Katgut, entfernte einige Knochensplitter und legte darüber die Hautnähte in $1^1/_2$ cm. weiten Abständen an.

Das Resultat war ein glänzendes. Schon nach $2^1/_2$ Wochen hatte sich ein fester Kallus gebildet, sodass Pat. das Bein erheben konnte, das noch federte. Nach weiteren 2 Wochen konnte Pat. gehen. Die Verkürzung betrug $1^1/_4$ cm. Hier war also durch die Naht die komplizierte Fraktur in eine einfache verwandelt. Wie ganz anders hätte sich aber der Verlauf bei der üblichen Behandlung mit der Tamponade gestaltet.

Ebenso können infizierte Wunden nach reinen Operationen mit Erfolg nach Bier behandelt werden, wenn man unter ungünstigen Bedingungen arbeiten musste und später eine Eiterung einzutreten droht. Unter der Saugbehandlung gehen die Infiltrationen zurück und heilen die Wunden per primam, ohne dass es zur Ausstossung der Seidenfäden kommt.

Ich habe hier nur chirurgische Krankheiten erwähnt, während auch eine ganze Reihe anderer mit der Hyperämie behandelt werden kann. Es handelt sich um innere, gynäkologische und Hautkrankheiten. Die Berichte über diese Gebiete sind noch sehr spärlich. Von Interesse dürfte es vielleicht sein, dass man neuerdings auch die Lungentuberkulose durch Stauung zu behandeln sucht.

Ich habe im Vorstehenden hauptsächlich Bier und seine Anhänger zu Worte kommen lassen. Das Bild würde aber einseitig sein, falls wir nicht auch seine Gegner berücksichtigen. Vielleicht das Beste, was wir nach Biers fesselnder Monographie über die Hyperämiebehandlung finden, ist die Kritik dieses Verfahrens durch Lexer. Klar und sachlich wird das Für und Wider erwogen und eine Reihe von Bedenken erhoben. Klinische Beobachtungen werden uns nicht viel geboten, dafür aber theoretische Einwände, gestützt auf bakteriologische Untersuchungen. Wir können für diese Ergänzungen nur dankbar sein, denn Bier selbst legt auf die Bakteriologie wenig Wert, weil ihre Resultate noch zu schwankend sind, um allgemeine Schlüsse daraus zu ziehen. Er selbst behauptet, dass ihm die Bakteriologie häufig im Wege stand und er nie zu seinen Resultaten gekommen wäre, hätte er ihr den Einfluss gewährt, den sie beanspruchte.

Um Lexers Standpunkt zu kennzeichnen, führe ich gleich hier seine Worte an „was wir also sonst nach grossen Schnitten und Tamponade und Drainage möglichst vollkommen nach aussen leiten, wird (nämlich bei der Stauung) dem Organismus zur Bekämpfung und Vernichtung überlassen. Deshalb auch dort der Fiebersturz, hier häufig der Fieberaufstieg. Darin liegt auch der Kernpunkt

des Bierschen Verfahrens gegenüber der bisherigen Behandlung. In ihr spiegelt sich auch der Wert der Methode. In leichten Fällen wird sie nie versagen, in schweren Fällen voraussichtlich stets, in mittelschweren in ihrer Wirkung zweifelhaft sein, da von der Schwere der Infektion und der Widerstandskraft des Organismus alles abhängt." Wir sehen hier also eine vollkommene Ablehnung des Bierschen Verfahrens.

Die gewaltigen Veränderungen, die durch die Hyperämie hervorgerufen werden, giebt Lexer ohne weiteres zu. Er sieht aber keinen Vorzug darin, sondern nur Gefahren.

Gerade die bakterizide Eigenschaft der Hyperämie ist nach Lexer ein zweischneidiges Schwert und die Stauungsbehandlung daher ein gewagtes Spiel. Die Bakterien wirken schädlich nach der Pfeifferschen Lehre, das eine Mal durch die Toxine, ihre Stoffwechselprodukte, das andere Mal durch die Endotoxine, ihre Zerfallprodukte. Gegen letztere gebe es aber keine Antikörper. Wenn nun durch die Stauung die Bildung von Endotoxinen gross ist, so werden an den Körper grosse Anforderungen gestellt.

Freilich meint Lexer selbst, dass die Endotoxinmenge nie so gross sein wird, dass sie direkt schadet. Es tritt hier eine andere Erscheinung hervor, die Ueberempfindlichkeit des Individiums indem durch wiederholte Zuführung desselben Giftes der Körper schon auf kleinere Gaben stark reagiert. Ausserdem lassen sich in den gestauten Extremitäten stets Bakterien nachweisen und zwar hochvirulente. Durch die veränderten Resorptionsverhältnisse wird dem Körper viel zugemutet, eine Ueberschwemmung mit grossen Giftmengen. Auch die einschmelzende oder auflösende Wirkung übe einen schädlichen Einfluss aus, indem gerade dadurch wichtige Teile angegriffen werden.

Man sieht hier wie verschieden die Erscheinungen gedeutet werden! Was der eine als Vorzug rühmt, womit er seine besten therapeutischen Triumphe feiert, darin sieht der andere nur ein gefährliches Spiel. Als Grundlage gelten beiden die von Bier und seinen Schülern entdeckten wichtigen Eigenschaften der Hyperämie, die als solche voll anerkannt werden. Nur das Werturteil über sie ist ganz verschieden. Die Beweisführung beider ist aber auch grundverschieden. Der eine stützt sich auf eine reiche Erfahrung, die er sich in 15 Jahren gesammelt hat. Das Material überschreitet 1500 Beobachtungen. Dazu kommen die günstigen Berichte aus den verschiedensten Universitätskliniken und anderen Krankenhäusern. Der andere dagegen führt theoretische Bedenken ins Feld und sieht seine Hauptstütze in den bakteriologischen Untersuchungen.

Es steht jedenfalls fest, dass die Stauung die schwache bakterizide Wirkung des Blutes bedeutend steigern kann. Sollte wirklich diese Entdeckung für die Therapie so wertlos oder so gefährlich sein, wie es Lexer darstellt?

Gegen die bakteriologischen Einwände lässt sich entgegnen, dass die Ergebnisse der Bakteriologie noch viel zu wenig mit den Erfahrungen der Praxis in Einklang gebracht sind, als dass sie unbedingt uns allgemein gültig sein können. Biers Scharfblick ist die Beobachtung nicht entgangen, dass die feineren Vorgänge im Leben der Bakterien so widerspruchsvoll und einseitig aufgefasst werden, dass von einer sicher begründeten wissenschaftlichen Lehre noch nicht die Rede sein kann.

Wohl sind eine Reihe von Tatsachen bekannt, aber der Meister ist noch nicht gekommen, der aus dem grundverschiedenen Material ein Gebäude aufgeführt hat, das mit Erfolg dem Wetter und Wind der wissenschaftlichen Kritik standhält. Zahlreiche Beispiele finden wir dafür in seinem Buch. Am schärfsten hat sich Bier gegen die bakteriologischen Beweisgründe allein, die sich nicht auf klinische Beobachtungen stützen, ausgesprochen auf dem Chirurgenkongress 1906.

Er wies darauf hin, dass sich die Auffassung des Naturmenschen wenig unterscheidet von unserer heutigen Auffassung des Krankheitsbegriffes. Nur der Name wechselt. Dort sind es Dämonen, hier Bakteriengifte. „Es giebt noch gute und böse Geister" ruft er seinen Gegnern auf dem Kongress zu, „die sich auf die bakteriologische Erfahrung allein stützen".

„Man sieht sie nicht, man riecht sie nicht, man schmeckt sie nicht. Aber man glaubt an sie und wenn man sich eben zum richtigen Glauben bekehrt hat, kommen nach einiger Zeit die Gegner und sagen, dass es doch verkehrt war". (l. c. S. 265).

Die Gefahren auf die Lexer hinweist lassen sich eben in verschiedener Weise bekämpfen. Bier selbst hat darauf hingewiesen, dass neben der Stauung die Inzision zu ihrem Rechte kommen soll. In seinen Beobachtungen finden sich freilich Fälle, wo er trotz des nachgewiesenen Eiters ohne Schaden weiter gestaut hat. Ob der Unterschied in der Streptokokkeninfektion liegt, die zu viel stürmischeren Erscheinungen führt, oder in der Staphylokokkeninfektion, auf die sich Biers günstige Erfahrungen fast ausschliesslich beziehen, muss dahingestellt bleiben. Die Berichte in der Literatur sind darüber noch zu wenig zahlreich. Lexer verlangt grosse Schnitte, um die Toxine und Endotoxine fortzuschaffen. Falls die kleinen nicht genügen, könnte noch zur Unterstützung die Saugbehandlung eintreten. Damit wäre der Forderung Lexers gedient, die Endotoxinwirkung zu verhüten.

Gegen die Ueberempfindlichkeit ist darauf hingewiesen worden, dass diese erst nach einiger Zeit, etwa nach 7 Tagen auftritt. In dieser Zeit müsste aber schon eigentlich die Hauptgefahr überwunden sein oder die Stauung ist in diesem Fall überhaupt machtlos. Die schädigende Wirkung der Resorption nach Lexer ist noch nicht sicher festgestellt. Die feineren Vorgänge über die Bindung und Neutralisierung der Giftstoffe sind noch lange nicht als einwandsfrei erkannt worden. Jedenfalls ist der Fieberaufstieg allein noch kein bedenkliches Zeichen. Dass der Organismus die Gifte bewältigen kann, zeigt allein der Puls an.

Das Fieber ist nur das Merkzeichen des vor sich gehenden Kampfes. Festgestellt sind ferner noch lange nicht die Resorptionsverhältnisse bei einer so langen Stauung von 20—22 Stunden, wie sie bei den akuten Infektionen üblich ist. Aller Wahrscheinlichkeit nach kommen die Gifte in so starker Verdünnung zur Resorption, dass wir ähnliche Verhältnisse haben wie zum Beispiel bei anderen Vergiftungen.

Ich erinnere nur an die Vergiftungen mit Kupfersalzen.

Die subkutane Dosis, die vorübergehend bedrohliche Erscheinungen in Bezug auf Herz und Nieren hervorruft, ist 300 mal kleiner, als die tötliche Dosis per os. Dies Beispiel wirft ein helles Licht auf den Wert der Resorption, denn ich betone nochmals, dass Lexer seinen Ausführungen Resorptionsverhältnisse zu Grunde legt, die sich auf Experimente von 1—4-stündiger Dauer beziehen, nicht aber auf eine 20—22-stündige Stauung. Die Verdünnung der Giftmenge muss dementsprechend eine viel grössere sein und die Gefahr für den Körper eine geringere.

Grossen Wert legt ferner Lexer auf den Nachweis von Bakterien in Entzündungsgebieten, die mit oder ohne Stauung behandelt werden. Trotz der Stauung



verschwinden die Bakterien nicht. Hier kann man aber ein anderes bakteriologisches Gesetz anführen, das Gesetz der lokalen Immunität. Typhusbazillen zum Beispiel im Darm eines. der den Typhus eben durchgemacht hat, rufen keine neuen Geschwüre hervor. Der Darm hat eine besondere Widerstandskraft gegen sie erhalten. Für den Darm eines Gesunden sind sie aber eine kolossale Gefahr und erweisen sich dort als hochvirulent. Zwischen Bakterien und Bakterien ist also ein grosser Unterschied und der blosse Nachweis im Gewebe beweist noch garnichts.

Lexers Schlussfolgerungen, dass die Stauung nur in leichten Fällen hilft, in mittelschweren schon selten, in schweren garnicht, geht weit über das Ziel hinaus. Am Anfang dürfte jede, auch die schwerste Infektion günstig beeinflusst werden.

Wir haben hier eine Analogie mit dem Diphterieheilserum.

Im Anfang injiziert, hilft es fast immer. Dadurch sind wir aber noch nicht zum Schluss berechtigt, dass es sich hier nur um leichte Fälle gehandelt hat.

Bier selbst spricht oft vom Unterdrücken von Infektionen am Anfang, die klinisch unter den schwersten Erscheinungen verliefen. Vom bakteriologischen Standpunkt aus sollte man diese Tatsache nicht bezweifeln, denn die Wirkung der Heilsera hängt wesentlich von ihrer frühzeitigen Injektion ab.

So einfach das Bier'sche Verfahren erscheint, so stehen ihm doch viele praktische Hindernisse entgegen.

Das Anlegen der Stauungsbinde fordert Uebung, um nicht das eine Mal eine zu starke, das andere Mal eine zu schwache Stauung zu erreichen. Dabei ist eine Kontrolle nötig, die viel Zeit erfordert.

Noch zeitraubender dagegen ist die Anwendung des Schröpfkopfes. $^3/_4$ Stunden für einen Patienten! Hier kann nur eine gleichzeitige Behandlung von mehreren Patienten im selben Raum, wie in Universitätskliniken, Ambulanzen von Krankenhäusern etc. stattfinden. In der Sprechstunde ist sie nicht gut durchführbar.

Die Zeit wird uns erst lehren, sichere und feste Indikationen aufzustellen, wo wir zwecks Erhaltung wichtiger Funktionen den natürlichen Entzündungsprozess steigern dürfen durch die Stauungsbinde und wo wir dem Körper zu Hilfe kommen müssen durch den heilenden Schnitt, um das Gift rasch nach aussen zu befördern.

Das eine steht jedenfalls fest. Durch Bier's Untersuchungen ist auf allbekannte Vorgänge ein neues Licht gefallen. Das ist aber immer ein Zeichen der Grösse gewesen, im Gewöhnlichen etwas Besonderes zu erkennen. An den Begründer der Stauungstherapie können wir getrost diesen Massstab legen, auch wenn die Wissenschaft noch nicht ihr letztes Wort über den Wert der Methode gesprochen hat.

Literatur.

Bier, Prof. Dr. A. Hyperämie als Heilmittel. 3. Aufl. 1906.

Münch. med. Woch. 1897.

Bier: Heilwirkung der Hyperämie. Münch. med. Woch. 1897, pag. 875.

Bier: Demonstr. einer gonorrh. Ellbogenentzündung. Sitzber. Münch. m. W. 1897, p. 1153.

Hamburger: Ueber den heilsamen Einfluss von venöser Stauung und Entzündung im Kampf des Organismus gegen Mikroben. Deutsche m. W. 1897, Nr. 49. Ref. Münch. m. W. 1897, p. 1397.

Münch. med. Woch. 1898.

Bier: Die Behandlung des chron. Gelenkrheumatismus mit heisser Luft (aktive Hyperämie) und mit Stauungshyperämie. Münch. m. W. 1898, p. 985.

Hamburger: Der Einfluss venöser Stauung auf Mikroben-Weekblad van het Nederl. Tydschrift voor Geneeskunde, 1898, Nr. 2.

Spronk: Befördert venöse Stauung die Vernichtung von Milzbrandvirus? (Ibid. Nr. 7). Ref. Münch. m. W. 1898, pag. 1344 und 1345.

Münch. med. Woch. 1899.

Langemak: Eine eigenartige Sensibilitätsstörung nach Bier'scher Stauung. Münch. m. W. 1899, p. 447.

Nötzel: Ueber die baktericide Wirkung der Stauungshyperämie nach Bier. Sitzber. Münch. m. W. 1899, p. 676.

Kerr: Die Heissluftbehandlung der Krankheiten. Practitioner 1899, Oktober. Ref. Münch. m. W. 1899, p. 1474.

Bier: Ueber verschiedene Methoden, künstliche Hyperämie zu Heilzwecken hervorzurufen. Münch. m. W. p. 1598 und 1649.

Münch. med. Woch. 1900.

Holländer: Resultate der Heissluftbehandlung bei Lupus und Angiosarkom. Sitzber. Münch. m. W. 1900, pag. 630.

Frey: Ueber die Behandlung von Neuralgien mit der Heissluftdouche. Sitzber. Münch. m. W. 1900, pag. 812 und 922.

Laqueur: Ueber die Erfolge der Heissluftbehandlung. Sitzber. Münch. m. W. 1900, p. 978.

Walch: Die Heissluftbehandlung ekzematöser, gichtischer, rheumatischer und ähnlicher Erkrankungen. Lancet, 18. Aug. 1900. Ref. Münch. m. W. 1900, p. 1505.

Münch. med. Woch. 1901.

Bier: Die Transfusion von Blut, insbesondere von fremdartigem Blut, und ihre Verwendbarkeit zu Heilzwecken von neuen Gesichtspunkten betrachtet. Münch. m. W. 1901, pag. 569.

Hecht: Die Heissluftbehandlung bei chronischen Mittelohreiterungen. Münch. med. W. 1901, p. 970.

Schreiber: Ueber Heissluftapparate u. Heissluftbehandlung. Zeitschrift für diätet. u. physikal. Therapie 1901. Heft 3. Münch. m. W. 1901, p. 1065.

Salomon: Ueber die Wirkung der Heissluftbäder und der elektrischen Lichtbäder. Zeitschrift f. diät. u. physik. Therapie. Bd. V, Heft 3. 1901. Ref. Münch. m. W. 1901, p. 1495.

Belzer: Ueber die Behandlung mit Dr. Frey'scher Heissluftdouche. Berl. kl. W. 1901, Nr. 44. Ref. Münch. m. W., pag. 1848 (1901).

Lermoyez u. Mahu: Neue Untersuchungen über die Wirkungsweise der heissen Luft auf die Schleimhaut der oberen Luftwege. Annales des maladies de l'oreille etc. 1901. Nr. 7. Ref. Münch. m. W. 1901, pag. 1942.

Münch. med. Woch. 1902.

Kehrer: Beitrag zur Behandlung chron. Beckenexsudate. Zentralbl. f. Gynäk. 1901. Nr. 52. Ref. Münch. m. W. 1902, p. 73.

Polano: Zur Anwendung der Heisslufttherapie in der Gynäkologie. Zentralbl. f. Gynäkol. 1902. Nr. 37. Ref. Münch. m. W., pag. 1586 (1903).

Münch. med. Woch. 1903.

Walter Krebs u. Mayer: Blutbefund bei Schwitzprozeduren. Zeitschrift für diät. u. physik. Ther. Bd. VI, Heft 7 (1902). Ref. Münch. m. W. 1903, pag. 28.

Grünbaum: Weitere Beiträge zur Heissluftbehandlung, Wiener med. Presse. 1902. Nr. 49. Ref. Münch. m. W. 1903, p. 33.

Rautenberg: Beiträge zur Kenntniss der Heissluftbehandlung. Zeitschrift f. diät. u. physik. Therapie. Bd. VI, Heft. 10. 1903. Ref. Münch. m. W. 1903, pag. 660.

Habs: Ueber die Bier'sche Stauung. Münch. m. W. 1903, pag. 938.

Buerger: Zur Heissluftbehandlung gynäkologischer Erkrankungen. Wiener kl. W. 1903, Nr. 28. Ref. Münch. m. W. 1903, p. 1270.

Willebrand: Ueber die lokale Heissluftbehandlung nach Bier'scher Methode.

Idem: Zur Physiologie der Heissluftbehandlung. Ref. Münch. m. W. 1903, pag. 1308.

Münch. med. Woch. 1904.

Dr. Luxembourg: Ueber Bier'sche Stauung. Nr. 10, p. 425 ff. M. m. W., 1904.

Dr. A. Bum: Ueber Behandlung von Gelenkerkrankungen mittelst Stauung. Sitzb. d. Wien. m. G. u. W. m. W. 1904, p. 2338, cf. Z. f. Cb. Nr. 15, p. 404, 1905, aus d. Wien. med. Pr. 1905, Nr. 3 u. 4.

Münch. med. Woch. 1905.

Habs: Erfahrungen mit Bier'scher Stauungshyperämie bei akuten Eiterungen. Wien. kl. Runds. Nr. 46, ct. n. d. M. m. W. 1905, p. 2437.

R. Stich: Zur Behandlung akuter Entzündungen mittelst Stauungshyperämie. Berl. kl. W. Nr. 80, ct. n. d. M. m. W. 1905, p. 2506.

Dr. R. Klapp: Die Saugbehandlung. Berliner Klinik, H. 212, 18. Jahrgang, Febr. 1906.

Dr. H. Roesen: Beitrag zur Behandlung der chirurgischen Tuberkulose mit hyperämisierendem Verfahren. Ing.-Diss. Bonn 1906. Münch. m. W.

Prof. Dr. A. Bier: Behandlung akuter Eiterungen mit Stauungshyperämie. Nr. 5, p. 201 ff. M. m. W. 1905.

Dr. R. Klapp: Ueber die Behandlung entzündlicher Erkrankungen mittelst Saugapparaten. Nr. 16, p. 740 ff. M. m. W. 1905.

Bier: Ueber das Verfahren der Stauungshyperämie bei akut. entzündlichen Krankheiten. Sitzber. des Kongresses der Deutsch. Gesells. f. Chir. M. m. W., p. 880.

Bier: Saug- und Stauungshyperämie. Ibid. M. m. W. 1905, p. 1118.

Prof. Dr. A. Bier: Behandlung akuter Eiterungen mit Stauungshyperämie. Nr. 5, p. 201 ff. M. m. W. 1905.

Dr. R. Klapp: Ueber die Behandlung entzündlicher Erkrankungen mittelst Saugapparaten. Nr. 16, p. 740 ff. M. m. W. 1905.

Bier: Ueber das Verfahren der Stauungshyperämie bei akut entzündlichen Krankheiten. Sitz. ber. des Kongresses der Deutsch. Gesells. f. Chir. M. m. W. p. 880.

Bier: Saug- und Stauungshyperämie, ibid. M. m. W. 1905, p. 1118.

Bier: Gelenktuberkulose. Kongress d. internation. Ges. f. Chir. cit. n. d. M. m. W. 1904, p. 2106.

Heine, Berlin (Berl. kl. W. 28, 1905), cit. n. d. M. m. W. 1905, p. 1408 u. 1414. Ueber die Behandlung d. akuten Mittelohrentzündung mittelst Stauungshyperämie nach Bier.

Hochhans: Ueber die Behandlung akuter Halsaffektionen mit Stauungshyperämie, cit. n. d. M. m. W. p. 1658.

Dr. W. Lossen: Bier'sche Stauungshyperämie bei Sehnenscheidenphlegmonen. M. m. W. 1905. Nr. 39, p. 1888.

Dr. W. Koppler: Die Behandlung entzündlicher Erkrankungen von Kopf und Gesicht mit Stauungshyperämie. Nr. 45, p. 2161, M. m. W. 1905.

Münch. med. Woch. 1906.

Prof. Dr. P. v. Baumgarten, Experimente über die Wirkung der Bier'schen Stauung auf infektiöse Prozesse, p. 2336 ff.

Dr. R. Bestelmayer, Erfahrungen über die Behandlung akut entzündlicher Prozesse mit Stauungshyperämie nach Bier, p. 641 ff.

Dr. F. Colley, Beobachtungen und Betrachtungen über die Behandlung akut eitriger Prozesse mit Bier'scher Stauungshyperämie, p. 257 ff.

Dr. K. Grube, die Anwendung der Hyperämie nach Bier bei einigen Erkrankungen der Diabetiker. p. 1410.

Dr. Haslauer: Die Stauungshyperämie bei der Behandlung von Ohreneiterungen, p. 1656.

Dr. Herhold: Anwendung der Stauungshyperämie bei akuten eitrigen Prozessen im Garnisonslazarett Altona, p. 261.

Dr. E. Joseph: Ueber die frühzeitige und prophylaktische Wirkung der Stauungshyperämie auf infizierte Wunden, p. 1841 u. p. 1912 ff.

Prof. E. Lexer: Zur Behandlung akuter Entzündungen mittelst Stauungshyperämie, p. 633.

Dr. Lindenstein: Erfahrungen mit der Bier'schen Stauung, p. 1845.

Heermann: Ueber partielle Stauung u. Druckbehandlung bei Entzündungen, cit. M. m. W. 1906, p. 988, aus d. Deut. m. W. 1906, Nr. 18.

Lossen: Stauungsbehandlung bei Sehnenscheidenphlegmonen etc. Sitzungsber. M. m. W. 1906, p. 1494.

C. Wessel: Ueber die Bier'sche Stauungshyperämiebehandlung etc.

Derselbe: Die Behandlung von Fractura radii mit Stauungshyperämie. M. m. W. 1906, p. 2171.

Prof. E. Lexer: Zur Stauungshyperämie bei akuten Entzündungen. Zeits. f. Chir. 1906, Nr. 18, p. 497.

Dr. J. Mindes: Zur Technik des Bier'schen Verfahrens mit Stauungshyperämie, p. 263, cf. Z. f. Chir. Nr. 3, p. 83, 1906.

Dr. Muck: Ein einfacher u. praktischer Apparat für die Bier'sche Stauung, p. 1574.

Dr. Ronner: Ueber Bier'sche Stauungshyperämie bei Augenkrankheiten, p. 62.

Dr. R. Richter: Ueber die Behandlung entzündlicher Prozesse der Haut mit heissen Bädern, p. 704.

Dr. M. Riehl. Beitrag zur Bier'schen Stauung, p 1417.

Dr. A. Wolff: Die Endotoxinlehre, p. 217.

Dr. A. Wolff-Eisner: Die Bier'sche Stauungshyperämie vom Standpunkt der Endotoxinlehre, p. 1102.

Baum: Stauungshyperämie bei akuter eitriger Sehnenscheidenphlegmone. Sitzungsber. M. m. W. p. 941, 1906.

F. Isemer: Klinische Erfahrungen mit der Stauungshyperämie nach Bier bei Behandlung der Otitis media. Arch. f. Ohrenheilkunde, Bd. 69, H. 1 u. 2, cit. n. d. M. m. W. 1906, p. 2124.

N. Kaefer, Odessa: Zur Behandlung der akuten eitrigen Entzündungen mit Stauungshyperämie nach Bier. Z. f. Chir. Nr. 10, p. 274, 1906.

Deutschländer, Hamburg: Stauungshyperämie bei orthopädischen Operationen. Sitzungsber. d. M. m. W., 1906, p. 775.

Bonheim: Ueber die Behandlung akuter Entzündungen durch Hyperämie nach Bier. Sitzungsber. M. m. W. 1906. p. 94.

A. Frommer: Ueber die Bier'sche Stauung mit besonderer Berücksichtigung der postoperativen Behandlung und der Altersgangrän. Münch. m. W. Nr. 8. 1906, cit. a. d. Münch. m. W. 1906, p. 469.

C. v. Pirquet u. B. Schick: Ueberempfindlichkeit und beschleunigte Reaktion. M. m. W. 1906. Nr. 2, p. 66 ff. 1906.

Hoppe: Einwirkungen der Stauungshyperämie als sogen. Kopfstauung (nach Bier) auf das normale Auge und den Verlauf gewisser Augenkrankheiten. Klin. Monatsblatt für Augenheilk. Okt. 1906, p. 389, cf. a. d. M. m. W. 1906, p. 2458.

Prof. Lanz: Ueber Bier'sche Stauungstherapie.

Dr. v. Lier: Stauungstherapie. Sitz. der Ges. zur Beförderung der Naturwissenschaft u. Medizin in Amsterdam, cit. a. d. M. m. W. 1906, p. 1284.

E. Staho, Krakau: Ueber den Blutbefund bei der Bier'schen Stauungstherapie. Wien. m. W. 1906, cit. a. d. M. m. W. 1906, p. 519.

K. Ullmann: Ueber Stauungs- u. Saugtherapie bei einigen Affektionen der Haut- u. der Geschlechtsorgane. Berl. klin. W. 1906. Nr. 19, cit. a. d. M. m. W. 1906, p. 987.

Münch. med. Woch. 1907.

Eschweiler: Die Behandlung der akuten Mastoiditis mit Stauungshyperämie nach Bier. Sitzungsber. Münch. m. W. 1907, pag. 235 ff.

Hartmann: Behandlung von 12 Mastitiden mit Saugapparaten. Münch. m. W. 1907, p. 261.

Deutschländer: Die Hyperämiebehandlung der Knochen- u. Gelenktuberkulose. Sitzungsber. Münch. m. W. 1907, p. 286, cf. Münch. m. W. 1907, p. 721 u. 790.

Roesen: Bier'sche Stauung bei Seekrankheit. Münch. m. W. 1907, p. 324.

Kohsen: Beitrag zur Stau- u. Saugtherapie im Ohr und oberen Luftwegen. Münch. m. W. 1907, p. 409.

Muck: Aphoristische Mitteilungen von Beobachtungen über den Einfluss der vom Gehörgang aus durch Saugwirkung hervorgerufenen Stauungshyperämie auf Paukenhöhleneiterungen. Münch. m. W. 1907, pag. 413.

Riedl: Erfahrungen, Beobachtungen u. Versuche im Stau- u. Saugverfahren. Wiener kl. Wschft. 1907, Nr. 8. Ref. Münch. m. W. 1907, p. 486.

Vorschütz: Die Genickstarre und ihre Behandlung mit Bier'scher Stauung u. Lumbalpunktion. Münch. m. W. 1907, pag. 514 ff. u. 575 ff.

Sacharias: Die Behandlung der Mastitis mit Bier'scher Stauung. Münch. med. W. 1907, p. 716.

Röpke: Aktive Hyperämie in der Behandlung arteriosklerotischer Gangrän. Münch. med. W. 1907, p. 667.

Grashey: Fortschritte der prakt. Chirurgie im J. 1906. (Uebersichtsreferat). Münch. m. W. 1907, pag. 678.

Deutschländer: Die Hyperämiebehandlung der Knochen- u. Gelenktuberkulose. Münch. m. W. 1907, pag. 721 und 790.

Stolzenburg: Ueber die mit der Kuhn'schen Lungensaugmaske in der Heilstätte Slawentzitz gemachten Erfahrungen. Münch. m. W. 1907, pag. 780.

Kuhn: Weitere Erfahrungen mit der Hyperämiebehandlung der Lungen vermittels der Lungensaugmaske. Münch. m. W. 1907, pag. 782. Sitzungsber. Münch. m. W. pag. 952.

Ritter: Die Entstehung der Erfrierungen und ihre Behandlung mit künstlicher Hyperämie. Münch. m. W. 1907, p. 823.

Fischera: Wirkung der Stauungshyperämie bei akuten Infektionen (il policlinico Dec. 1906, Jan. 1907). Ref. Münch. m. W. 1907, pag. 1002.

Heile: Ueber neue Wege, die natürlichen Heilungsvorgänge des Körpers bei krankhaften Prozessen künstlich zu vermehren und zu beschleunigen. Münch. m. W. pag. 1274 (1907).



Mistl: Zur Behandlung der Erfrierung mit künstlicher Hyperämie. Münch. m. W. p. 1284 (1907).

Joseph: Ein Beitrag zum Wesen der Entzündung. Deutsche Zeitschrift f. Chir. April 1907 (84. Band, Heft 4—6). Ref. Münch. m. W. pag. 1296 (1607).

Paul: Beitrag zur Bier'schen Stauung. Zentralbl. f. Gynäkol. Ref. Münch. med. W. p. 1296. (1907).

Weil: Untersuchungen über den Mechanismus nicht bakterizider Immunität. Arch. f. Hygiene 61. Bd. 4. Heft. 1907. Ref. Münch. m. W. p. 1249. (1907).

Spira: Zur konservativen Behandlung akuter Mittelohrentzündungen nach der Bier-Klapp'schen Methode. Wiener med. Presse. 1907. Nr. 10. Ref. Münch. m. W. pag. 1250. (1907).

Stimmel: Zur Behandlung der chron. Otitis media durch Saughyperämie nach Bier. Sitzungsber. Münch. m. W. pag. 1261. (1907).

Rosenberger: Ueber den Verlauf der akuten eitrigen Entzündung mit und ohne Stauungshyperämie. Zentralb. f. Gynäk. Nr. 25 (8). Ref. Münch. m. W. pag. 1341. (1907).

Sick: Grenzgebiete für Bier'sche Stauung. Deutsche med. W. 1907. Nr. 25. Ref. Münch. m. W. p. 1341. (1907).

Schlaeger: Ueber Bier'sche Stauung u. Seekrankheit. Münch. m. W. pag. 1388. (1907).

Beitzke: Ueber eine neue Theorie in der Immunitätslehre. Berl. kl. W. Nr. 25 u. 26, 1907. Ref. Münch. m. W. p. 1396. (1907).

Schlatter: Ueber die Bier'sche Hyperämiebehandlung. Korrespondenzbl. f. Schweizer - Aerzte 1907. Nr. 12. Ref. Münch. m. W. p. 1447. (1907).

Chlumsky: Ueber die Erfolge der Heissluftbehandlung. Wiener kl. Rundschau 1907. Nr. 16. Ref. Münch. m. W. p. 1448. (1907).

König: Bemerkungen zur Wundbehandlung. Sitzungsber. Münch. m. W. p. 1453. (1907).

Rubritius: Ueber die Behandlung akuter Entzündungen mit Stauungshyperämie. Beitr. z. kl. Chir. B. 48. H. 2. p. 282 ff. (1906).

Klapp: Behandlung der chir. Tuberkulose mit Saugapparaten. Verhandl. der Deutsch. Ges. f. Chir. XXXV. Kongress 1906 p. II. 96 ff.

Prof. Dr. A. Wassermann: Die Immunitätswissenschaft und ihre Bedeutung für die Praxis. D. m. W. Nr. 16. 1907. p. 617 ff.

Dr. W. Kolle: Die Serumtherapie und Serumprophylaxis der akuten Infektionskrankheiten. ib. p. 621 ff.

M. von Brunn: Ueber die Stauungsbehandlung bei akuten Entzündungen nach den bisherigen Erfahrungen der von Bruns'schen Klinik. Beitr. z. kl. Chir. Bd. 46. S. 845. 1905.

Kroemer-Giessen: Das Bier'sche Stauungsverfahren in der Gynäkologie. Zentr. f. Gyn. 1906. Nr. 4.

W. Tomaschewsky: Behandlung mit Stauungshyperämie bei akuten infektiösen chirurgischen Erkrankungen. Russk. Wratsch Nr. 6. cit. n. d. D. m. W. Nr. 15. 1907. p. 604.

L. Nenadewitsch: Biersche Behandlungsmethode in der Gynäkologie. ib. Nr. 6. cit. n. d. D. m. W. Nr. 13. p. 605.

Tomaschewsky: Zur Behandlung mit Bierscher Stauungshyperämie Z. f. Ch. Nr. 27. p. 756. 1906.

Stauungshyperämie bei akuten Entzündungen.

Verhandlungen der deutschen Gesellschaft für Chirurgie XXXV. Kongress. Berlin 1906. p. 220—265.

Diskussion:

Habs 220, Körte, 221, Croca 221, Sick 225, Stich 227, Danielsen 229, Bardenheuer, Heidenhain, Lexer, Perthes, Canon, Hofmann, Haller, Küster, Renzi, Thöla, Haasler, Blumberg, Stettiner, Katzenheim, Hofmann, Gabeln, Klapp, Bier, Körte. cf. Bericht darüber i. Z. f. Chir. Nr. 28. Beilage 1906 und Münch. med. W. 1906 p. 1039 ff.

O. Dareva: La thérapeutique per hyperémie. (Gaz. des Hopit. 1906 Nr. 82). Cit. a. d. Z. f. Ch. Nr. 41. p. 1094. 1906.

Dr. C. Deutschländer: Die Behandlung der Knochenbrüche mit Stauungshyperämie. Z. f. Ch. Nr. 12 p. 337. 1906.

Dr. A. Bum: Die Entwickelung des Knochenkallus unter dem Einfluss der Stauung. Arch. f. klin. Chr. 1902. LXVII. Bd. p. 652 ff.

Prof. Dr. Henle: Zur Technik der Anwendung venöser Hyperämie. Z. f. Ch. Nr. 13. p. 381. 1904.

E. Heller: Beobachtungen bei der Behandlung akut entzündlicher Prozesse mit der Bierschen Stauung. Med. Kl. 1906. Nr. 22 cit. a. d. Z. f. Ch. Nr. 34. p. 927. 1906.

L. Polyák: Ueber die Anwendung der Hyperämie als Heilmittel nach Bier bei Erkrankungen der oberen Luftwege. Arch. f. Laryng. u. Rhinol. Bd. XVII, 2 c. a. d. Z. f. Ch. 36. p. 981. 1906.

St. Petersb. med. W. 1907 Nr. 11. p. 103 Sitzungsber. d. ges. prakt. Aerzte zu Riga. Demonstr. v. Dr. v. Cossard.

Bücheranzeigen und Besprechungen.

F. Hoorn: Kriegschirurgische Erfahrung aus dem russisch-japanischen Kriege. Wien. Verlag von J. Safár. Pr. M. 2.

Eine zusammenfassende Darstellung auf Grund verschiedener über diesen Gegenstand erschienener Arbeiten von Teilnehmern des Krieges, wie Schäfer, von Oettingen etc. In einem Anhange wird der Verwundetenabschub bei Russen und Japanern beleuchtet und kritisiert. Allen Interessenten zu empfehlen.

W. Schiele.

R. Wohlauer: Urologisch-Kystoskopisches Vademecum. Mit 34 Abbildungen. Wiesbaden. Verlag von J. F. Bergmann. 1907, 1905.

Verfasser, ehemaliger Assistent von Prof. Nitze, dessen Andenken er das Buch widmet, hat einen kurzen Abriss der Erkrankungen der Harnorgane, ihrer kystoskopischen Untersuchung und der Therapie geben wollen, wie sie an der Nitze'schen Klinik gehandhabt wurden. Das kleine Buch ist als Nachschlagebuch und zur Orientierung in der Praxis bestimmt und erfüllt vollkommen seinen Zweck. Auf einen kleinen Fehler sei hingewiesen: der Name Diday's ist konsequent Didet geschrieben. Da Prof. Nitze sich nur auf eine Darstellung der Kystoskopie in seinem Lehrbuch beschränkt hat, ist vorliegende kleine Arbeit als willkommene Ergänzung der Anschauungen N.'s über die Therapie der Harnleiden im Allgemeinen mit Dank zu begrüssen.

W. Schiele.

Lehrbuch der physiologischen Chemie von Olof Hammarsten, ehem. Professor der medizinischen und physiologischen Chemie an der Universität Upsala. Sechste völlig umgearbeitete Auflage. Mit einer Spektraltafel. Wiesbaden. Verlag von J. F. Bergmann 1907.

Das bekannte Werk ist in kurzer Zeit in sechster Auflage erschienen, was am besten für den Wert und die Bedeutung desselben spricht. Dass dabei die neuesten Errungenschaften auf dem Gebiete der physiologischen Chemie Berücksichtung gefunden haben ist selbstverständlich und bedarf kaum der Erwähnung. Dadurch hat das Werk natürlich auch an Umfang zugenommen und weist mit dem neu hinzugekommenen Autorenregister 836 Seiten auf.

Wir sind überzeugt, dass auch in dieser neuen Auflage das Lehrbuch die allgemein erworbene Anerkennung sich bewahren wird.

Fr. Mühlen.

Praktische Geburtshülfe für Studierende und Aerzte in zwanzig Vorlesungen von Professor Dr. Karl Herzfeld in Wien. Zweite verbesserte und vermehrte Auflage. Mit 154 Abbildungen. Leipzig und Wien. Franz Deuticke. 1907.

Die neue Auflage dieses Lehrbuchs ist in vielen Beziehungen vervollständigt und ergänzt worden. Die sehr instruktiven Abbildungen sind um 20 vermehrt und illustrieren in vorzüglicher Weise des Gesagte. Die meisten derselben sind photographische Aufnahmen am Phantom, daher typisch und gut sich dem Gedächtniss einprägend.

Der Text ist in Vorlesungsform gehalten, wodurch sich das Buch leicht und angenehm liest.

Das Werk ist nicht nur Studierenden sondern auch Aerzten auf das beste zu empfehlen.

Fr. Mühlen.

P. Mayer: Klimatotherapie und Balneotherapie. Berlin 1907. Verlag von S. Karger. Pr. M. 7.40 geb. 8.40. 360 S.

Unter Zugrundelegung des gleichnamigen englischen Werkes von Sir Hermann Weber und Dr. F. P. Weber hat P. Mayer in Karlsbad vorliegendes Buch verfasst. Im

I. Teil sind die allgemeine Klimatologie, der Charakter der verschiedenen Klimate und die einzelnen klimatischen Kurorte besprochen, im II. Teil die allgemeinen Grundsätze der Balneotherapie. Der III. Teil behandelt die klimato- und balneotherapeutischen Indikationen für die verschiedenen Krankheiten. Jedem Teil ist ein Literaturverzeichnis beigefügt. Die fleissige Arbeit ist ein guter Ratgeber bei der Wahl eines in Betracht kommenden Kurortes und wird daher allen Aerzten willkommen sein.

W. Schiele.

M. Nitze: Lehrbuch der Kystoskopie. II. Auflage. Mit einer Photographie des Autors, 11 Tafeln und 123 Abbildungen im Text. Wiesbaden. Verlag von J. F. Bergmann. 359 S.

Im Nachlasse des leider bereits in seinem 57. Lebensjahre vom Tode hinweggerafften Begründers der Kystoskopie fand sich das abgeschlossene Manuskript zu einer neuen Auflage des trefflichen Lehrbuches der Kystoskopie, das seine Schüler, die Herren Kutner, Jahr und Weinrich im Auftrage der Familie dem Druck übergeben haben und dem Prof. Kutner eine Biographie Nitzes als Einleitung vorausgeschickt hat. Die Aerzte und Patienten, die Nitze kennen gelernt haben, werden mit Kutner darin übereinstimmen, dass in Max Nitze «ein edler Mensch — den Kranken ein stets hilfsbereiter Arzt» dahingegangen ist; alle Aerzte und speziell alle Urologen werden sich ihm aber auch darin anschliessen, dass wir in Nitze einen der hervorragendsten «Mehrer und Förderer» der Wissenschaft verloren haben, einen «Pfadfinder auf dem schwierigen Gebiete unseres Faches, wie kein anderer je zuvor!»

Das Buch zerfällt in 3 grosse Abschnitte: I. Theorie und Technik der kystoskopischen Untersuchungsmethode. II. Der endoskopische Befund der gesunden und kranken Harnblase. III. Bedeutung der Kystoskopie für die Diagnostik und Therapie der Harn- und Blasenleiden, deren jeder wiederum 4—7 Kapitel umfasst. Als Anhang sind dem Werk 6 photographische und 5 farbige Tafeln mit kystoskopisch-interessanten Bildern beigefügt. Das Werk ist seines Verfassers würdig, es kann einfach als klassisch bezeichnet werden. Die Sprache ist knapp und klar, die Anordnung des Stoffes überaus übersichtlich. Einen ganz eminenten Wert legt Nitze auf die Aseptik bei der Kystoskopie und die möglichst zarte und schmerzlose Ausführung; er selbst hat sie immer unter lokaler Anästhesie vorgenommen. Einem jeden Urologen müssen die Lehren, Ratschläge und gelegentlichen kleinen Winke des verblichenen Meisters von grösstem Wert sein und wird er das Erscheinen des Buches mit Freuden begrüssen. Der Verlagshandlung gebührt unser Dank für die würdige und schöne Ausstattung des Werkes.

W. Schiele.

K. Cron: Kriegswaffen und Feldsanitätsdienst. II. Auflage. Wien. Verlag von J. Safár. Preis M. 2.

Das Büchlein ist für Militärärzte bestimmt und ist ein Kompendium der Waffenlehre und Waffenwirkung. Im Vordergrunde der Darstellung steht die taktische Seite der Waffenwirkung, welche für die rationelle Verwendung der Sanitätsformationen im Gefecht von besonderer Bedeutung ist.

W. Schiele.

O. Burwinkel (Nauheim): Die Zuckerkrankheit, ihre Ursachen und Bekämpfung. Heft 24 der Sammlung „Der Arzt als Erzieher". Verlag von Otto Gmelin in München. Preis Mark 1.20.

«Die Medizin darf nicht in den Wolken thronen, sondern sie muss auf festen Füssen unter dem Volke wandeln und sorgen, ihm Leben und Gesundheit zu schirmen» — dieser Ausspruch des berühmten Klinikers Kussmaul in seinen «Jugenderinnerungen eines alten Arztes» weist mit Recht darauf hin, dass eine der Hauptaufgaben der Medizin und speziell der Gesundheitspflege darin besteht, die weitesten Volkskreise über das Wesen und über die Verhütung von Krankheiten aufzuklären. Diesen Zweck verfolgt nun auch die vorliegende kleine, kaum 30 Seiten umfassende Schrift, in welcher der durch zahlreiche populäre Abhandlungen über verschiedene Krankheiten bestens bekannte Verfasser das Wesen, die Ursachen, den Verlauf, sowie die Verhütung und Behandlung des Diabetes in mustergültiger, für jedermann verständlicher Weise schildert. Als lobenswert hervorzuheben ist, dass bei der Besprechung der Behandlung nicht, wie es sonst wohl geschieht, bestimmte Diätschemata gegeben werden, sondern nur im allgemeinen auf die Schädlichkeiten in der Lebensweise, welche den Diabetes hervorzurufen oder zu verschlimmern imstande sind, hingewiesen wird, während bezüglich der Bestimmung des Regimes in jedem Einzelfalle auf den Arzt verwiesen wird, da nur der erst nach längerer Beobachtung und Toleranzprüfung des Kranken das Erforderliche feststellen kann. Die Frage, ob der an Diabetes leidende Mensch heiraten darf, beantwortet Verf. dahin, dass im allgemeinen bei Männern unter 30—35 Jahren die Ehe zu widerraten ist, im späteren Alter aber nur dann, wenn eine schwere Form des Leidens und geschlechtliches Unvermögen vorliegt. Noch weniger dürfe man diabeteskranken Frauen, die noch im zeugungsfähigen Alter stehen, die Bedenken vorenthalten, welche einer Ehe (auch bezüglich der erblichen Belastung der ev. Nachkommenschaft) im Wege stehen.

Das Büchlein kann nach dem Obengesagten getrost vom Arzt seinen diabeteskranken Klienten zur Belehrung in die Hand gegeben werden.

Bernhoff.

Protokolle des III Aerztetages

der

Estländischen Aerztlichen Gesellschaft am 3., 4. und 5. November 1906 zu Reval.

2. Sitzung.

(Schluss.)

5. Herr von Keyserlingk-Reval: Eklampsie.

M. H. Die Eklampsie gehört heute zu den meistumstrittenen Fragen in der Geburtshilfe. Speziell ist es die Aetiologie und die Therapie, die noch der Klärung bedürfen. Ich werde mir erlauben im Folgenden Ihnen einen kurzen Ueberblick über den heutigen Stand dieser Frage zu geben.

Ganz geklärt scheint jetzt schon das pathologisch-anatomische Bild der Eclampsie zu sein und zwar dank der grundlegenden Arbeiten von Schmorl:

Schmorl fand nämlich an 73 von ihm untersuchten Fällen folgenden pathologisch-anatomischen Befund.

An den Nieren konnte er in 70 Fällen degenerative Prozesse (albuminöse Trübung, fettige Degeneration des secernierenden Epithels) feststellen, häufig waren auch Thromben in den Glomerulis und in den kleineren Venen und Arterien nachweisbar.

In der Leber wurden in 71 Fällen haemorrhagische und anaemische Nekrosen gefunden.

Im Gehirn fanden sich unter 65 Sektionen 58 mal kleine Blutungen und Erweichungsherde, häufig von Thrombenbildungen begleitet.

Im Herzen wurde sehr häufig fettige und parenchymatöse Degeneration, in 42 Fällen Blutungen und Zerfall der Muskelfasern, Thromben dagegen selten gefunden.

In den Lungen fanden sich 66 mal Thromben und häufig Fettembolien. Dieses pathologisch-anatomische Bild, besonders die multiple Thrombenbildung gilt jetzt als pathognomonisch für die Eklampsie, und zwar geht Schmorl so weit, dass er in drei Fällen, die ohne Konvulsionen letal endigten, auf Grund des eben beschriebenen Befundes die Diagnose auf Eklampsie stellte.

So einheitlich nun die pathologische Anatomie der Eklampsie ist, so wenig erklärt ist leider noch heute die Aetiologie, obwohl sich auch hier bereits eine Einigung anzubahnen scheint; es sind aber leider auch die neueren Theorien nicht im Stande alle Erscheinungen der Eklampsie genügend zu erklären.

Der erste bedeutende Fortschritt in der Erkenntniss der Eklampsie wurde von Lever gemacht, der im Urin Eklamptischer zuerst Eiweiss fand, nach ihm sind es rein uraemische Krämpfe. Die Albuminurie erklärt er durch Druck des schwangeren Uterus auf die Nierenvenen, mit nachfolgender Kongestion in den Nieren.

Die Rosenstein-Traubesche Theorie macht die bei Schwangeren beobachtete Hydraemie und den gesteigerten Druck im Aortensystem verantwortlich, die zu Gehirnoedem mit konsekutiver Gehirnanaemie führten, worauf ihrerseits wieder Koma und Konvulsionen beruhten. Hier stehen sich nun Intoxikationstheorie und Drucktheorie gegenüber, und es scheint, dass erstere mehr Anhänger gefunden und, wenn auch bedeutend modifiziert, in die moderne Anschauung übergegangen ist.

Es galt nun aber den Grund für die Nierenstörung zu finden, da Leyden nachgewiesen hatte, dass die Nieren nicht wie Lever annahm hyperaemisch, sondern anaemisch seien. Nach Spiegelberg, Cohnheim und Osthoff soll nun diese Anaemie durch einen Krampf der Nierenarterien bedingt sein, welcher reflektorisch durch die Reizung sensibler Nerven des Genitaltraktus erzeugt werde.

Halbertsma macht den Druck des schwangeren Uterus auf die Ureteren verantwortlich. Diese Theorie wird durch Löhlein gestützt, der in 32 Fällen 8 mal Dilatation der Ureteren oberhalb des kleinen Beckens fand.

Ich habe diese historischen Darstellungen der Eklampsietheorien einer Zusammenstellung von Dührssen entnommen, sie kann nicht Anspruch auf Vollständigkeit machen, da es zu weit führen würde alle die verschiedenen Anschauungen wiederzugeben.

Ich gehe daher auf die neueren Theorien über.

Man sieht heute Nierenerkrankungen nicht mehr als primäre Ursache der Eklampsie an, sondern betrachtet sie, ebenso wie die Konvulsionen und die anderen Organerkrankungen als gemeinschaftliche Folge eines schädlichen Agens. Wo ist nun dieses zu suchen?

Die bazillären und Infektionstheorien haben einer strengeren Kritik nicht stand halten können und das Gros der Meinungen einigt sich heute wohl auf eine Theorie, nach welcher der mütterliche oder der foetale Organismus Stoffwechselprodukte liefert, die sowohl die Nierenerkrankung als auch die Konvulsionen bedingen.

Nach mehreren französischen Forschern handelt es sich um eine Lebererkrankung, wobei die Leber die im Körper der Schwangeren gebildeten giftigen Stoffwechselprodukte nicht mehr unschädlich machen kann.

Diese Theorien werden auch von Dührssen gestützt, und zwar durch die von Kollmann gefundene Tatsache, dass das Blut Eklamptischer eine bedeutende Menge faserstoffgebender Substanzen, der Globuline aufweist und dass diese grossmoleculären Globuline in der Leber in kleinmoleculäre harnfähige umgewandelt werden. Erkrankt nun die Leber infolge eines durch Reizung der Uterusnerven reflektorisch bedingten Gefässkrampfes, so erfolgt eine Retention des Fibrins im Blutkreislauf.

Immer mehr wird in neuester Zeit der Foetus beschuldigt. Veit sieht das Eintreten von Syncytiumzellen in die mütterliche Blutbahn und die nicht genügende Auflösung derselben durch einen eigens dazu produzierten Stoff, das Syncytiolysin als Ursache der Albuminurie und Eklampsie an, also eine ungenügende Syncytiolyse, während Ascoli die zu reichliche Bildung des Syncytiolysins beschuldigt.

Nach Reichardt bilden sich bei der Auflösung des verschleppten Syncytiums Giftstoffe, sogenannte Syncytiotoxine, die, wenn nicht durch Antitoxine unschädlich gemacht, die Eklampsie hervorrufen. Reichardt ist es in 3 Fällen gelungen bei Kaninchen experimentell Eklampsie hervorzurufen. Liepmann spritzte Aufschwemmungen pulverisierter Eklampsieplazenten Kaninchen ein, und erzielte damit Intoxikation, während der Presssaft der Plazenten fast ungiftig war, was er als Beweis dafür ansieht, dass das Eklampsiegift an die Zelle gebunden ist.

Dienst will experimentell eine abnorme Durchlässigkeit der Eklampsieplazenten nachgewiesen haben, und sieht die Ursache der Eklampsie in der Anhäufung von Hämagglutininen im mütterlichen Blut, während diese im kindlichen Blut fehlen, das kindliche Blut ist also dem mütterlichen heterogen, wenn Eklampsie auftritt, er hat auch in vitro eine vollständige Hämolyse des kindlichen Blutes durch das Blut einer eklamptischen Mutter erzielt.

Ich habe aus der mir zur Verfügung stehenden Litteratur nur einzelne Autoren angeführt, die mir am meisten Interesse zu beanspruchen schienen, die ganze ungeheure Masse der Arbeiten in dieser Richtung auch nur annähernd zu überblicken, würde weit über den Rahmen dieses Vortrages hinausgehen. Immer mehr einigen sich die Forscher auf die Frucht als Quelle der Giftstoffe, immer mehr werden die modernen biologischen Immunitätstheorien gegenüber den chemischen Stoffwechseltheorien in den Vordergrund gedrängt und die Hoffnung auf ein wirksames Eklampsie-Heilserum erscheint nicht mehr als eine Utopie.

Bis dahin allerdings müssen wir uns noch mit den alten Heilmethoden begnügen, die allerdings auch bereits durch die modernen ätiologischen Anschauungen bedeutend modifiziert worden sind.

Wenn nämlich die Frucht, sei es eine Plazenta oder Foetus als Krankheitsquelle feststeht, so ist damit auch die Direktive für unser therapeutisches Handeln gegeben, nämlich die möglichst baldige Eliminierung der Krankheitsursache, d. h. der Frucht.

Bevor ich auf die einzelnen, diesen Zweck verfolgenden Methoden übergehe möchte ich noch kurz die Prophylaxe erwähnen. Diese würde in einer möglichst frühzeitigen Diagnostizierung und Behandlung einer etwa bestehenden Schwangerschaftsniere bestehen. Dazu wäre eine ärztliche Ueberwachung der zweiten Hälfte der Gravidität wünschenswert, wenigstens bei Erstgebärenden, speziell Urinuntersuchungen. Ist die Eklampsie ausgebrochen, dann muss die Geburt so bald wie irgend möglich beendet werden, darin sind sich wohl alle Autoren einig.

Verschieden sind die Meinungen nur in der Frage, ob bei nicht genügend entfalteten Weichteilen künstlich dilatiert werden muss, oder ob man diese Erweiterung der Natur überlassen und abwarten soll, bis man bequem die Zange anlegen, oder Wendung oder Perforation machen kann. Für ein möglichst aktives Vorgehen ist in neuerer Zeit Dührssen eingetreten, und zwar weil die Prognose der Eklampsie immer zweifelhaft ist und mit jedem neuen Anfall schlechter wird. Er spricht sich darüber folgendermassen aus:

«Die Prognose des einzelnen Falles ist nur dann günstig zu stellen, wenn es sich um eine Reflexeklampsie handelt, oder wenn es bei fehlenden Anzeichen einer Hirnblutung, bei freier Respiration und guter Pulsbeschaffenheit gelingt, den Uterus zu entleeren, bevor ein neuer Anfall eintritt, oder wenn bei diesem guten Befinden der Mutter das Kind abstirbt».

Dührssen empfiehlt nun seine 2 Methoden zur schnellen Entleerung des Uterus: Die tiefen Cervixinzisionen und den vaginalen Kaiserschnitt. Die tiefen Cervixinzisionen kommen in Betracht, wenn die Portio verstrichen und auch der supravaginale Teil des Cervix entfaltet ist, aslo nur sub partu und hauptsächlich bei Erstgebärenden.

Es werden 4 tiefe Schnitte angelegt, hinten, seitlich und vorn, nicht schräg, am besten nach Zweifel zwischen zwei Klemmzangen, was die Blutung bedeutend herabsetzt.

Hat die Geburt noch nicht begonnen, oder ist die Cervix noch nicht entfaltet, so empfiehlt Dührssen seinen vaginalen Kaiserschnitt. Nach eventuell vorhergehender Scheidendamminzision um eine zu enge Scheide zu erweitern wird das hintere und vordere Scheidengewölbe sagittal inzidiert, das Douglas- und Blasenperitoneum hinaufgeschoben, hintere und vordere Cervixwand gespalten, worauf die Fruchtblase fast von selbst in die Wunde vorfällt und der Uterus leicht entleert wird. Hierauf Vernähung der gesetzten Wunden.

Auch der klassische Kaiserschnitt ist mehrfach bei Eklampsie in Anwendung gekommen, natürlich nur in Fällen von Schwangerschaftseklampsie, wo der Muttermund noch vollständig geschlossen ist.

Die dritte erweiternde Methode ist die Rossische. Mit Hülfe eines vierarmigen in die Cervix eingeführten Instrumentes wird diese allmälig dilatiert und so in kurzer Zeit die Möglichkeit gegeben die Geburt zu beendigen.

Hierher gehört auch eine schon ältere Methode, die Metreuryse, nach der mittels in den Uterus eingeführter Gummibalions die nachträglich mit irgend einer desinfizierenden Flüssigkeit bis ca. Kindskopfgrösse gefüllt werden, der Cervikalkanal von innen heraus durch Zug entfaltet wird.

Diesen aktiven Methoden stehen die exspektativen gegenüber. Mit Hilfe von Narkoticis besonders Morphium und Chloralhydrat in grossen Dosen, ja sogar protrahierter Chloroformnarkose, sucht man die Zahl der Anfälle herabzusetzen, bis die Weichteile so weit entfaltet sind, dass man schonend entbinden kann. Schwitzprozeduren, wie warme Bäder, Jaquetsche Einwickelungen sollen die Ausscheidungen durch die Haut heben, Venaesectio mit nachfolgender Kochsalzinfusion soll eine Durchspülung des Organismus und eine Verdünnung der Giftstoffe bezwecken, oder auch Aderlässe allein bei Lungenödem und gespanntem Puls sollen den Lungenkreislauf entlasten. Bei schwacher Herztätigkeit werden natürlich Analeptika in ausgiebigster Weise angewandt. Welchen von diesen vielen Methoden soll man nun den Vorzug geben.

Zweifel giebt nun zu dieser Frage eine interessante Statistik aus seiner Klinik:

Bei exspektativer Therapie hatte er eine Mortalität von 32,6 pCt., während bei Durchführung des aktiven Verfahrens diese auf 15 pCt. heruntergiug.

Eine andere Statistik giebt Friedemann:

Mütterliche Mortalität beim klassischen Kaiserschnitt: 38,9 pCt., bei den Dührssenschen Methoden 20,7 pCt., bei den exspektativen Methoden 37,5 pCt. Die kindliche Mortalität betrug beim Kaiserschnitt 37,5 pCt., bei den Dührssenschen Methoden 56,4 pCt. und bei den exspektativen 75,4 pCt.

Nach dieser Statistik ist die Prognose für die Mutter am schlechtesten beim klassischen Kaiserschnitt am besten bei den Dührssenschen Methoden, die Prognose für das Kind ist am besten beim Kaiserschnitt, am schlechtesten (75,4 pCt.) bei der exspektativen Methode.

Ueber die Bossische Methode fehlen leider noch grössere Statistiken, doch liegen einige kleinere vor, z. B. eine über 31 Fälle von Ehrlich mit 6 Todesfällen.

Pollax stellt Bossi dem klassischen Kaiserschnitt gegenüber und findet für den Kaiserschnitt mütterliche Mortalität 46,87 pCt. gegenüber 14,28 pCt. bei Bossischer Methode, kindliche Mortalität 31,25 pCt. beim Kaiserschnitt gegen 18,76 pCt. bei Bossi.

Es fehlt allerdings nicht an Stimmen, die vor der Bossischen Methoden warnen, da leicht Einrisse in der Cervix entstehen können.

Unser kleines Material an der Hebammenanstalt (wir hatten auf 1044 Geburten 26 mal Eklampsie, = 2,5 pCt.) reicht natürlich nicht aus um für die eine oder ander Theorie in die Waagschale geworfen zu werden. Dieses Material stammt aus einer Zeit, wo expektativ verfahren wurde, und ergiebt eine mütterliche Mortalität von 15,4 pCt., eine kindliche von 27 pCt. Erst seit einem Jahr habe ich angefangen mehr aktiv vorzugehen und verfüge daher nur über vereinzelte Fälle, die natürlich nichts beweisen, wohl aber durchaus zu einem Weiterschreiten auf diesem Wege ermuntern. Ich stehe jetzt prinzipiell so, die Geburt sofort zu beenden, auch bei nicht entfalteter Cervix; leider werden die Eklampsiefälle nur gewöhnlich spät eingeliefert, häufig schon in schwerem Koma, mit Lungenödem und schlechtem Puls, auch sind sie oft schon zu Hause mit Narkoticis vorbehandelt, deren Gebrauch ich sub partu nach Möglichkeit einschränke, so dass ich kaum je zu einer einwandsfreien Statistik kommen werde. Was die einzelnen Methoden anlangt, so möchte ich keine missen, aber auch keiner den absoluten Vorzug geben. Bei vollkommen erhaltener Cervix, bei Narben am Muttermund, bei alten Erstgebärenden mit rigiden Weichteilen ist der vaginale Kaiserschnitt am Platz, ich habe ihn einmal ausgeführt, mit gutem Erfolg, glaube aber, dass er sich doch nur in der Klinik machen lässt; wenn einige Autoren behaupten, dass er sich ebenso gut im Privathause ausführen lässt, so ist das eine kühne Behauptung.

Das Bossische Instrument habe ich mehrfach angewandt, und glaube, dass dieses viel eher Gemeingut der praktischen Aerzte werden wird. Anfangs hatte ich einige Cervixrisse, die aber in keinem Falle eine nennenswerte Blutung oder Störung im Wochenbett geben. Seitdem ich aber die Technik beherrsche, sind mir auch Cervixrisse nicht mehr vorgekommen. In 10—20 Minuten ist der Cervixkanal, auch bei zum Teil erhaltener Cervix, bis 11 cm. dilatiert und jeder beliebige intrauterine Eingriff kann vorgenommen werden.

Zum Schluss noch einige Bemerkungen zur puerperalen Eklampsie. Diese giebt von den 3 Formen die beste Prognose. Hier kommt wieder die medikamentöse Behandlung in Betracht. Bei Nierenerkrankung mit Eiweissausscheidung wird Digitalis gegeben, bei Praevalieren der Gehirnsymptome Narkotika, wobei von Vielen dem Chloralhydrat vor dem Morphium der Vorzug gegeben wird. Bei Herzschwäche natürlich Kampher und Aether, bei Lungenödem eventuell Aderlass, wenn der Puls es erlaubt, auch Kochsalzinfusionen, und Klystiere kommen in Betracht. Gewarnt wird neuerdings mehrfach vor Schwitzprozeduren und auch ich habe keine guten Erfahrungen mit ihnen gemacht. Selbstverständlich ist die Ausschaltung aller Reize für die Patienten.

Diskussion:

Herr Schroeter-Asserien: Ein Fall von Eklampsie im 8. Schwangerschaftsmonat bei bestehenden hochgradigen Oedemen und einem Eiweissgehalt von 7‰ wurde mit Theophyll. natr. salicyl. behandelt und vollständig geheilt. Ob die Wirkung allein dem Theophyllin oder aber einem gleichzeitig stattgefundenen starken Blutverluste, entstanden durch Verletzung während des Anfalls durch Sturz, zuzuschreiben ist, wagt Referent nicht zu entscheiden.

Herr Thomson-Reval hat von stundenlangen heissen Bädern durchaus befriedigende Resultate gesehen.

Herr Seegrön-Reval: von 25 Fällen von Eklampsie wurden 5 Fälle mit protrahierter Chloroformnarkose behandelt. Die längste Narkose dauerte 9 Stunden. Die dann eingeleitete künstliche Entbindung ergab in allen 5 Fällen lebende Kinder. Auch die Mütter blieben am Leben.

Herr Höppener-Reval: Im Hospital für allgemeine Fürsorge ist von 25 Eklamptischen, unter denen sehr schwere Fälle (bis 30 resp. 50 Anfällen) sich befanden, keine gestorben. Die Therapie bestand in heissen Bädern, Chloral mit Morphium.

Herr Tannebaum-Reval: Die Ursachen der Eklampsie können nicht immer fötale sein, weil auch Fälle von Eklampsie post partum vorkommen. T. hat vor Jahren einen Fall von Eklampsie eine Stunde post partum zu behandeln gehabt, der mit schwerem Koma einsetzte und nach ca. 20 Stunden letal endete.

Herr Haller-Reval wendet sich gegen die Empfehlung des Kollegen Schröter bei Nephritis Theophyllin anzuwenden, wenn das dasselbe ist, das im Handel unter dem Namen Theocin verkauft wird. Letzteres hat mehrfach Krämpfe verursacht, und soll daher mit einem Adonisinfuss gegeben werden. Das Theocin gehört zu den Heroicis und sollte nur wo andere Mittel wirkungslos geblieben sind, angewandt werden. Eine unbedingte Empfehlung bei akuter Nephritis halte ich für gefährlich, so lange nicht erwiesen ist, dass es die Nieren nicht reizt. Nach einer Dosis von 0,3 Theocin pro die habe ich mal leichte Krämpfe gesehen und würde nicht raten, diese Dosis zu überschreiten.

Herr v. Keyserlingk-Reval: Puerperale Eklampsie wird erklärt durch Anhäufung der Giftstoffe in der Leber und späteres Freiwerden derselben.

Abwartende Methoden können auch gute Resultate geben, man kann aber nie bei Ausbruch der Krankheit eine einigermassen sichere Prognose für den gegebenen Fall stellen, muss also nach Möglichkeit die Krankheitsursache, d. h. die Frucht eliminieren.

Dilatatorien kann man bei genügender Uebung auch im Privathause anwenden, wenn man die Muttermundslippen vorher durch Zangen fixiert, und langsam dilatiert.

Narkotika und speziell Chloroform sind schon für den gesunden Menschen gefährlich, umsomehr für Eklamptische, wo das Herz stark affiziert ist.

Tagesnachrichten.

Personalia.

— Ein seltenes Jubiläum. In Dresden beging vor kurzem der dort wohnhafte Arzt Dr. Mattersdorf sein 70-jähriges Doktorjubiläum. Der alte Herr, der sich noch verhältnismässig grosser Rüstigkeit erfreut, hat erst vor wenigen Wochen in der Sommerfrische Oybin bei Zittau, die er alljährlich aufzusuchen pflegt, sein 98. Lebensjahr vollendet. Seine ärztliche Praxis hat er früher in Glogau (Schlesien) lange Jahre ausgeübt.

— Dem Direktor des Evangelischen Hospitals in Moskau Dr. Oskar v. Schiemann ist für seine Verdienste als Chef des Evangelischen Feldlazaretts während des russisch-japanischen Krieges vom Deutschen Kaiser der Rote Adlerorden III. Klasse verliehen worden.

— Der Korpsarzt des I. sibirischen Armeekorps Dr. Nikolski und der Brigadearzt der I. Sappeurbrigade Dr. Franck sind auf eigenes Ersuchen mit Uniform u. Pension verabschiedet worden, unter gleichzeitiger Beförderung zu Geheimräten.

— Der verabschiedete Professor emeritus, wirkl. Staatsrat Dr. chem. Klimenko, ist wieder als ordentlicher Professor der Chemie an der Odessaer Universität in den Dienst gestellt worden.

— Der stellvertretende ausserordentliche Professor der Pharmazie und Pharmakognosie an der Universität Tomsk, Staatsrat Mag. pharm. Alexandrow, ist zum stellv. ordentlichen Professor ernannt worden.

— Der Oberarzt des Tiflis'schen Militärhospitals, Staatsrat Dr. Posslawski und der Oberarzt des Nowogeorgiewschen Militärhospitals Staatsrat Oserezkowski sind einer auf den Posten des anderen versetzt worden.

— Der Oberarzt der Alten Katharinen-Abteilung des Arbeiterhospitals in Moskau, wirkl. Staatsrat Dr. Ssarytschew, ist zum beratenden Mitgliede der Moskauer Medizinalverwaltung für Chirurgie ernannt worden, unter Belassung in seiner bisherigen Stellung.

— Der Professor der internen Medizin Dr. Oskar de la Camp, der erst vor kurzem aus Berlin nach Erlangen und dann nach Marburg berufen wurde, folgt jetzt einem Rufe als Nachfolger des nach Göttingen übersiedelnden Prof. Dr. Hirsch an die Universität Freiburg. Er übernimmt in Freiburg die Leitung der medizinischen Poliklinik.

— Der bekannte Rostocker Pharmakologe Professor Dr. Rudolf Kobert (früher in Dorpat) ist von der Londoner Royal Society of Medicine (Therapeutical Section) zum korrespondierenden Mitgliede gewählt worden.

— Am 1. Oktober d. J. werden es 25 Jahre, dass Dr. med. Gustav v. Rücker den Posten des leitenden Arztes am Privathospital des Grafen Stroganoff im Porchowschen Kreise (Gouv. Pskow). bekleidet. Dr. G. v. Rücker absolvierte im Jahre 1877 sein Studium in Dorpat, war darauf längere Zeit Assistent von Prof. v. Wahl und nahm dann am 1. Oktober 1882 die Stelle des leitenden Arztes am genannten Hospital an. Das von Dr. G. Rücker verwaltete Hospital befindet sich in Alexandrowo, einem Gute des Grafen Stroganoff, 17 Werst von der Kreisstadt Porchow entfernt.

Während seiner langjährigen Tätigkeit am genannten Hospital hat Dr. G. Rücker es verstanden sich die Liebe und das Vertrauen der Bevölkerung und die Achtung aller mit ihm in Berührung kommender Kollegen zu erwerben.

Nekrologe:

Verstorben sind: 1) In Tiraspol (Gouv. Chersson) der Nestor der dortigen Aerzte Dr. Adam Rodsewitsch im Alter von 82 Jahren. Der Hingeschiedene hatte seine medizinische Ausbildung an der mediko-chirurgischen Akademie erhalten und begann seine ärztliche Tätigkeit 1854 als Bezirksarzt der Reichsdomänen im Gouvernement Kiew, siedelte aber 1860 nach Tiraspol über, wo er bis zu seinem Lebensende, also fast 47 Jahre, als Kreisarzt fungierte. Er galt als einer der erfahrensten Gerichtsärzte und erfreute sich grosser Popularität und allgemeiner Hochachtung unter der Bevölkerung des Tiraspolschen Kreises. (R. Wr.). 2) In Warschau Dr. Peter Bortnowski im 47. Lebensjahre. Nach Erlangung der Venia practicandi i. J. 1890 war er Arzt am Krankenhause des Kollegiums der allgemeinen Fürsorge in der Stadt Opatow (Gouv. Radom), dann freipraktizierender Arzt in der Stadt Kosenizy desselben Gouvernements. 3) In Pensa der Eisenbahnarzt Dr. Peter Ssyromjatnikow im 45. Lebensjahre. Er ist ein Opfer eines unglücklichen Zufalls geworden, indem der Revolver, den er in seiner Paletottasche trug, beim Ausziehen des Paletots sich entlud und ihm eine gefährliche Bauchwunde beibrachte, an der er im Laufe von 24 Stunden starb. Der Verstorbene war ein Schüler der Moskauer Universität, an der er i. J. 1888 den Arztgrad erlangte, worauf er längere Zeit als Landschaftsarzt im Gouv. Jaroslaw praktizierte. Er hat seine Frau mit zwei Kindern ganz mittellos hinterlassen. 4) In Görbersdorf (Schlesien) der Lodzer Arzt Dr. Ludwig Fankanowski im 44. Lebensjahre an Tuberkulose. Der Verstorbene, der sich gleich nach Absolvierung seiner Studien i. J. 1893 in Lodz als praktischer Arzt niederliess, gehörte zu den bekanntesten Aerzten dieser Stadt. 5) In Jena der Direktor der ohrenärztlichen Universitätsklinik. Prof. extraord. Dr. Johann Kessel, im 69. Lebensjahre. 6) Am 1./14. September in Wien Dr. Anton Loew, der Begründer des ersten Privatsanatoriums grösseren Stils in Wien, wobei er sich der Mitwirkung der Kliniker Billroth und Bamberger zu erfreuen hatte. Später wurde dieses Sanatorium in eine Aktiengesellschaft verwandelt, dessen Direktor aber Dr. Loew bis an sein Lebensende blieb. Der Verstorbene hat sich auch literarisch auf dem Gebiete der Krankenpflege betätigt und sich grosse Verdienste erworben durch die Gründung eines Hülfsvereins für Lungenkranke in Oesterreich, der über zahlreiche Betten verfügt und arme Familien während der Erkrankung des Ernährers unterstützt.

Von Universitäten und medizinischen Instituten.

— Am 14. September vollendete sich das erste Jahrzehnt des Bestehens des weiblichen medizinischen Instituts in St. Petersburg. Dieses Institut wurde bekanntlich an Stelle der sogenannten «Weiblichen medizinischen Kurse» gegründet, die seit 1872 anfangs bei der mediko-chirurgischen Akademie, dann beim Nikolai-Militärhospital bestanden, jedoch auf Allerhöchste Anordnung i. J. 1882 aufgehoben und mit der Entlassung des letzten Coetus der Hörerinnen i. J. 1887 vollständig geschlossen wurden.

— Die Vorlesungen haben jetzt an allen russischen Universitäten begonnen. Die Zahl der Studierenden ist überall eine zu grosse, so dass die Auditorien und Laboratorien, namentlich auch in den medizinischen Fakultäten, nicht ausreichen. An der Moskauer und der Petersburger Universität übersteigt die Zahl der Hörer 10,000; auch die Dorpater Universität hat einen Zuwachs von mehr als 1100 Hörern gehabt, so dass sich die Zahl der Studierenden (abgesehen von den Pharmazeuten und freien Zuhörern) jetzt dort auf mehr als 2,600 Mann beläuft.

— In der militärisch-medizinischen Akademie haben von den 89 ausgeschlossenen Studenten nur 15 um die Wiederaufnahme in die Zahl der Studierenden nachgesucht. Die Professorenkonferenz hat eine Kommission zur Prüfung und Sichtung des in dieser Angelegenheit gesammelten Materials niedergesetzt, welche bis zum 15. September ihr Gutachten abgeben soll, worauf die Entscheidung der Konferenz dem Kriegsminister zur Bestätigung mitgeteilt werden wird.

Standesangelegenheiten.

— Der IV. Aerztetag der estländischen ärztlichen Gesellschaft findet am 11., 12. und 13. November a. c. in Reval statt. Anmeldungen von Vorträgen sind bis zum 20. Oktober an Dr. v. Wistinghausen (Reval, Gr. Rosenkranzstrasse Nr. 11) zu richten. Nach § 3 der Statuten ist es jedem Arzte, der sein Studium auf einer Universität Russlands beendet hat, gestattet, unter den gleichen Bedingungen, wie den Ortsansässigen, an den Sitzungen teilzunehmen und der Gesellschaft beizutreten.

— Der Landschaftsarzt Stern ist nach einer Haussuchung in dem von ihm geleiteten Krankenhause im Kirchdorfe Kastornoje (im Gouv. Woronesh) zugleich mit der Feldscherin Ssidorenko verhaftet und nach Woronesh gebracht worden.

— In dem neuen Odessaer Stadthospital hat am 27. August eine 5 Stunden dauernde Haussuchung stattgefunden, bei welcher in den Diensträumen und Kellern des Hospitals Sprengstoffe und andere Materialien zur Anfertigung von Bomben gefunden wurden.

— In Woronesh wurde auf dem Hofe der psychiatrischen Abteilung des Landschaftshospitals ein Krankenwärter von einer bewaffneten Bande, welche ihren dort internierten Genossen befreien wollte, ermordet.

— Abkommandierung von Spezialärzten. Da man bemerkt hat, dass aus dem Auslande Arzneien in rohem unbearbeitetem Zustande für illegale Zwecke eingeführt werden, so haben die Ministerien des Innern und der Finanzen beschlossen, zur Besichtigung der Medikamente an den Grenzzollämtern auch Spezialärzte und Chemiker abzukommandieren.

Vereins- und Kongressnachrichten.

— Die Dünaburger medizinische Gesellschaft beging am 9. September d. J. das 25-jährige Jubiläum ihres Bestehens. Die Gesellschaft zählte im vorigen Jahre 20 Mitglieder und unterhält eine unentgeltliche Heilanstalt.

— Der XIV. Internationale Kongress für Hygiene und Demographie, welcher vom 10./23. bis 16./29. September unter dem Präsidium des Prinzen Schönaich-Carolath in Berlin tagte, ist, wie aus den Berichten hervorgeht und wie man es auch erwarten konnte, glänzend verlaufen. Die etwa 3900 Teilnehmer des Kongresses aus aller Herren Ländern bewiesen, dass die Bedeutung der Hygiene und Demographie mit der zunehmenden Entwickelung der Völker gewaltig gewachsen ist. Auffallend gross ist die Beteiligung Frankreichs gewesen, das nicht weniger als 504 Teilnehmer zum Kongress nach Berlin geschickt hatte, was erfreulicher Weise wenigstens auf ein gutes wissenschaftliches Einvernehmen zwischen den Vertretern beider Nationen hindeutet. Ausser dem Präsidenten der französischen Delegation Mr. Chantemesse waren aus Frankreich Gelehrte von europäischem Ruf, wie Calmette, Metschnikoff, Arloing, Eugène Roux, Levasseur anwesend. Auch Russland ist recht zahlreich auf dem Kongress vertreten gewesen; wir nennen hier nur den Leibmedikus Dr. Berthenson, den Korpsarzt Ehrenleibmedikus Dr. Unterberger, Prof. Chlopin, Dr. A. Wladimiroff vom hiesigen Institut für Experimentalmedizin, Dr. Oppenheim, Präsident der St. Petersb. städtischen Sanitätskommission, Dr. Kaschkadamow, welche allein aus Petersburg am Kongress teilgenommen haben.

Der Kongress hat, wie aus den Berichten ersichtlich, fleissig gearbeitet und zur Klärung so mancher zweifelhaften wissenschaftlichen Frage beigetragen; ausserdem haben auch die reiche Hygieneausstellung, sowie die musterhaften Hospitäler und Wohlfahrtseinrichtungen der Stadt Berlin viel Belehrung den Kongressmitgliedern geboten.

Zum nächsten Versammlungsort des (XV.) internationalen Kongresses i. J. 1910 wurde auf die Einladung des Präsidenten Roosevelt und des Senats der Vereinigten Staaten die Stadt Washington gewählt.

Verschiedene Mitteilungen.

— Zum Gedächtnis an Prof. Ernst v. Bergmann veranstaltet das Zentralkomitee für das ärztliche Fortbildungswesen in Preussen im bevorstehenden Winter 1907/8 einen Vortragszyklus über die Entwickelung und die Fortschritte der Chirurgie in den letzten Dezennien bis zur Gegenwart. Die Vorträge finden im Hörsaal des Kaiserin Friedrichshauses statt, und zwar unentgeltlich. In dem Verzeichnis der Vortragenden finden wir die Namen von Professoren aller deutschen Universitäten.

— Zwei neue Arztstellen sind auf der Insel Oesel vom dortigen Landratskollegium eingerichtet worden, die eine im Kirchspiel Kielkond, die andere in Peude. Bisher gab es auf dem Lande in Oesel keine eigentlichen Landärzte, da alle Aerzte in der Stadt Arensburg lebten.

— Im Badeorte Homburg ist eine neue Quelle eingeweiht worden, die nach dem zurzeit dort zur Kur weilenden Könige von Siam den Namen «Chulalongkorn-Quelle» erhalten hat.

— Achtzehn russischen Kurorten, darunter Kemmern, Borshom, Narsan, Gagry, Sslawjansk, Ciechocinek, sind auf der vor kurzem geschlossenen balneologischen Ausstellung in Spa höchste Auszeichnungen zuteil geworden.

— Die Behandlung des Krebses mit Elektrizität ist neuerdings in einer Sitzung der Pariser Académie de médecine von Mr. De Keating Heart wieder empfohlen worden. Er verwendet starke elektrische Ströme von hoher Spannung und hoher Frequenz, die er vermittelst eines Resonator genannten Apparates auf die bösartigen Tumoren wirken lässt, und will dadurch überraschende Erfolge gehabt haben, die in Aufhören der Blutungen und Schmerzen, Stillstand des Wachstums der Tumoren und elektiver Zerstörung des kranken Gewebes bestanden. Es ist ihm sogar gelungen, inoperable Tumoren zu eliminieren und zur Vernarbung zu bringen, bei denen die Heilung jetzt bereits 14, 15 und 16 Monate anhält! Wenn es auch noch nicht feststeht, dass es sich um Dauerheilungen handelt, so sind die Resultate immerhin beachtenswert, zumal es sich um verzweifelte Fälle handelte. In den Hochfrequenzströmen besitzen wir vielleicht ein physikalisches Mittel, das nicht allein in der Krebstherapie, sondern auch überhaupt in der Medizin von grossem Wert sein kann. Jedenfalls sind weitere Versuche mit dieser Therapie durchaus wünschenswert.

Bf.

— Im Dezember 1907 veranstaltet die Kaiserlich Russische Technische Gesellschaft eine Internationale Ausstellung moderner Beleuchtungs- und Wärmeapparate. Die Ausstellung wird zwei Monate dauern. Der Zweck der Ausstellung ist den gegenwärtigen Stand der Herstellung von Beleuchtungs- und Wärmeapparaten darzulegen, Mitteilungen über dieselben zu verbreiten und ihren Wert im Vergleich zu einander festzustellen. Es ist in Aussicht genommen, während der Ausstellung einen Kongress von Spezialisten zu berufen zwecks Besprechung von Fragen, welche auf das Programm der Ausstellung Bezug haben.

Zur Ausstellung werden zugelassen: Gas-, Kerosin-, Azetylen-, Gasolin-, elektrische und andere Beleuchtungsapparate; ebensolche Wärmeapparate, transportable, wie z. B. Küchen, Wärmer und dergl., verschiedene Sicherheitsapparate bei der Beleuchtung und Heizung und endlich Messapparate—Zähler, Gasometer, Photometer und dergl. Die ausgestellten Gegenstände werden auf Wunsch der Exponenten einer Expertise unterworfen, zu der unter anderen auch von den Exponenten selbst zu wählende Personen zugezogen werden.

Für die besten Exponate werden Medaillen von Regierungsinstitutionen, Diplome auf Medaillen und lobende Erwähnungen der Technischen und anderer Gesellschaften erteilt werden.

Der Bestand [illegible] Experten-Kommission und die von ihr zuerkannten Be[illegible]ungen werden vom Minister für Handel und Industrie bes[illegible]

Die Exponate [illegible] sowohl auf den russischen als auf den ausländischen Eisenbahnen (in Deutschland, Frankreich, Oesterreich und Belgien) nach dem ermässigten Tarif befördert, d. h. die Rückbeförderung von der Ausstellung ist unentgeltlich, während die Zahlung für den Transport zur Ausstellung nach vollem Tarif erfolgt.

Die ausländischen Exponate werden vom Zoll befreit, falls sie binnen eines Monats nach Schluss der Ausstellung über die Grenze zurückbefördert werden.

Ausser dem Kongress der Fachleute für Beleuchtung beabsichtigt die Kaiserlich-Russische Technische Gesellschaft während der Ausstellung eine ganze Reihe wissenschaftlicher und technischer Diskussionen über verschiedene die Beleuchtung betreffende Fragen mit Experimenten und Demonstrationen zu veranstalten.

Nähere Auskünfte erteilt in der Kaiserlich-Russischen Technischen Gesellschaft das Komitee der Internationalen Ausstellung moderner Beleuchtungs- und Wärmeapparate (St. Petersburg, Panteleimonskaja, 2).

— Die Gesamtzahl der Kranken in den Zivilhospitälern St. Petersburgs betrug am 25. Aug. d. J. 10638 (165 mehr als in der Vorwoche), darunter 814 Typhus — (6 wen.), 963 Syphilis — (61 mehr), 209 Scharlach — (3 mehr), 240 Diphtherie — (37 mehr), 34 Masern — (4 wen.), und 5 Pockenkranke — (1 mehr als in der Vorw.).

— Die Gesamtzahl der Sterbefälle in St. Petersburg betrug in der Woche vom 19. bis zum 25. Aug. d. J. im ganzen 701 (424 M., 277 W.), darunter an folgenden Krankheiten:

Typhus exanth. 0, Typhus abdom. 16, Febris recurrens 0, Typhus ohne Bestimmung der Form 0, Pocken 0, Masern 14, Scharlach 7, Diphtherie 20, Croup 0, Keuchhusten 5, Kroupöse Lungenentzündung 11, Erysipelas 3, Grippe 3, Katarrhalische Lungenentzündung 71, Ruhr 6, Epidemische Meningitis 3, Akuter Gelenkrheumatismus 0, Parotitis epidemica 0, andre Krankheiten 234, Anthrax 0, Hydrophobie 1, Puerperalfieber 0, Pyämie und Septicaemie 5, Tuberkulose der Lungen 81, Tuberkulose anderer Organe 25, Alkoholismus und Delirium tremens 0, Lebensschwäche und Atrophia infantum 49, Marasmus senilis 29, Krankheiten des Verdauungskanals 118, Totgeborene 45.

Am 1. Sept. d. J. betrug die Zahl der Kranken 10601 (37 wen. als in der Vorwoche.), darunter 793 Typhus — (21 wen.), 929 Syphilis — (34 wen.), 234 Scharlach — (25 mehr), 259 Diphtherie — (19 mehr), 43 Masern — (9 mehr) und 5 Pockenkranke (0 wen. als in der Vorw.)

— Die Gesamtzahl der Sterbefälle in St. Petersburg betrug in der Woche vom 26. Aug. bis 1. Sept. d. J. im ganzen 650 (365 M., 385 W.), darunter an folgenden Krankheiten:

Typh. exanth. 1, Typh. abd. 22, Febris recurrens 0, Typhus ohne Bestimmung der Form 0, Pocken 0, Masern 9, Scharlach 9, Diphtherie 28, Croup 0, Keuchhusten 4, Croupöse Lungenentzündung 13, Erysipelas 2, Grippe 2, Katarrhalische Lungenentzündung 43, Ruhr 0, Epidemische Meningitis 5, Acuter Gelenkrheumatismus 0, Parotitis epidemica 0, andre Krankheiten 212, Anthrax 0, Hydrophobie 0, Puerperalfieber 2, Pyämie und Septicaemie 9, Tuberculose der Lungen 83, Tuberculose anderer Organe 12, Alkoholismus und Delirium tremens 5, Lebensschwäche und Atrophia infantum 43, Marasmus senilis 21, Krankheiten der Verdauungsorgane 114, Totgeborene 38.

✦ Nächste Sitzung des Vereins St. Petersb. Aerzte: Dienstag, d. 2. Okt. 1907.

Tagesordnung: 1) Albanus: Ueber Fieber bei Syphilis.
2) Heimbürger: Kasuistischer Beitrag zur Lehre von der Metritis dissecans, mit Demonstration.

✦ Nächste Sitzung des Deutschen ärztlichen Vereins: Montag, d. 22 Okt. 1907.

Tagesordnung: Albanus: Ueber Melaena neonatorum.

Herausgeber Dr. Rudolf Wanach. Buchdruckerei v. A. Wienecke Katharinenhofer Pr. № 15.

XXXII. JAHRGANG. ST. PETERSBURGER Neue Folge XXIV. Jahrg.

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Redaktion von

Prof. Dr. Karl Dehio. Dorpat.

Dr. Johannes Krannhals. Riga.

Dr. Rudolf Wanach. St. Petersburg.

Die „St. Petersburger Medizinische Wochenschrift" erscheint jeden Sonnabend.—Der Abonnementspreis ist in Russland 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr inkl. Postzustellung; in den anderen Ländern 20 Mark jährlich, 10 Mark halbjährlich. Der Insertionspreis für die 3mal gespaltene Zeile in Petit ist 20 Kop. oder 45 Pfen.—Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt. - Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.

Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate bittet man ausschliesslich an die Buchhandlung von K. L. Ricker in St. Petersburg, Newsky-Prospekt № 14, zu richten. — Manuskripte sowie alle auf die Redaktion bezüglichen Mitteilungen bittet man an den geschäftsführenden Redakteur Dr. R. Wanach in St. Petersburg, Petersb. Seite, Alexandrowski Pr. 6 zu richten. Sprechst. Dienstag, Donnerstag und Sonnabend 5—6.

№ 38 St. Petersburg, den 22. September (5. Oktober). 1907.


Dieser № liegt № 8 u. 9 der «Revue der Russischen Medizinischen Zeitschriften» bei.


Experimentelle Nachweise über die Wirkung des Novozon (Magnesiumsuperoxyd).

Von

Dr. Köcher.

Nachtrag zum Aufsatz über Novozon-Sauerstoffpräparate in Nr. 16 dieser Wochenschrift.

Die Mitteilungen über Novozon in Nr. 16 dieses Blattes bezweckten den Leser über dies neue Heilmittel im allgemeinen zu orientieren, und die theoretische Voraussichtlichkeit seiner Wirkung auf den Organismus hervorzuheben. — Nachstehende Zeilen geben nunmehr eine Uebersicht der bisher bekannt gewordenen experimentellen Resultate, welche bei Einnahme des Magnesiumsuperoxyds per os erzielt wurden.

Die ersten Versuche mit innerlicher Darreichung eines Sauerstoffpräparats machte wohl Demarquay im Jahre 1867, zu welchen er mit Sauerstoff imprägniertes Wasser benutzte, wegen Unvollkommenheit und Umständlichkeit dieses Verfahrens aber keine irgend erheblichen Resultate damit erzielte. Ihm folgte Schoenlein mit dem Wasserstoffsuperoxyd, von welchem er durch Abspaltung im Magen und Darm den nötigen Sauerstoff für therapeutische Zwecke zu gewinnen suchte, doch erst der Anwendung des Magnesiumsuperoxyds blieb es vorbehalten den theoretisch von innerlicher Gabe des Sauerstoffs erwarteten Nutzen tatsächlich zu erzielen.

Das Gebiet des Sauerstoffheilverfahrens war inzwischen durch wertvolles Material bereichert worden. Für unseren Zweck sind besonders hervorzuheben die Arbeiten von Professor P. Ehrlich: „Das Sauerstoffbedürfniss des Organismus" Berlin 1885, und eine weitere von Professor Pawlinow in Moskau: „Der Sauerstoffmangel als Bedingung der Erkrankung und des Ablebens des Organismus" Berlin 1902, A. Hirschwald. Die in denselben niedergelegten Anschauungen wurden von Bedeutung für weitere Forschungen. Ehrlich hatte sehr exakt nachgewiesen, dass alle Gewebe des Organismus der höheren Tiere sehr häufig ungenügend mit Sauerstoff versorgt sind und sich dann im Zustande des Sauerstoffhungers befinden. Später wiesen Ehrlich, Gautier u. a. nach, dass die Zellen des menschlichen Organismus, gleich gewissen niederen Organismen, den Ciliaten, die Fähigkeit besitzen den ihnen nötigen Sauerstoff aus der eingeführten Nahrung an sich zu ziehen, was wiederum zur Anregung des Hungergefühls, der motorischen, geschlechtlichen und anderer Funktionen führt. Dies veranlasste Ehrlich zu der Annahme, dass bei genügender allgemeiner Ernährung, welche einen allgemeinen Sauerstoffhunger ausschliesst, jede äussere Einwirkung die eine Funktion anregt, immer nur durch Sauerstoffverlust der Zelle bewirkt werden kann. So wirken z. B. Licht, mechanische Reize, Elektrizität — auf die Zellen der Endapparate der optischen Bahnen und bewirken dadurch Sauerstoffverbrauch der optischen Nervenzentren. Dasselbe gilt für die Zellen der Zentren des Gefühls, des Gehörs, der Bewegung etc. Die graue Substanz des Gehirns und das Herz, sind am reichsten mit Sauerstoff versorgt, da sie sich ständig in Funktion befinden. Den Beweis für die Richtigkeit seiner Annahme erbrachte Ehrlich dadurch, dass sowohl Herz wie graue Hirnsubstanz nach Einführung von Alizarinblau ins Blut, die geringste Reduktionsfähigkeit zu Alizarinweiss zeigen, während das Aufhören

von Sauerstoffversorgung dieser Organe die schleunige Reduktion zu Alizarinweiss bewirkt.

Die Ausführungen Pawlinows zeigen, dass je feiner organisiert eine Zelle, je wichtiger ihre Funktion, um desto grösser auch ihr Sauerstoffbedürfnis ist. Die Zelle geht deshalb auch um so leichter und rascher zu Grunde wenn sie ihren Sauerstoffgehalt durch fortgesetzte Reizung verliert und kann daher ihre normale Funktion nur durch reichliche Sauerstoffversorgung gesichert werden. Das geschieht aber auf dem Wege der Blut- und Lymphgefässbahnen, die sich bei stärkerem Sauerstoffbedürfnis erweitern und dadurch eine Steigerung des Sauerstoffstromes nach dem bedürftigen Gebiet bewirken, sofern eben genügend Sauerstoff im Organismus vorhanden.

Wird ein auf die Zelle wirkender Reiz immer grösser, so muss es zu einem Stadium kommen, in welchem zwischen dem reduzierenden Einfluss des Reizes und dem Protoplasma der Zelle ein Kampf um den Sauerstoff entsteht, weil der Bedarf des Zellenprotoplasmas an Sauerstoff sich um so mehr steigert, als die Reizung stärker ist, welche die Beraubung der Zelle an Sauerstoff bedingt. Die Zelle setzt nun alle jene Vorrichtungen in Tätigkeit, die ihr zu stärkerer Sauerstoffzufuhr verhelfen und wenn dann die Menge des nun in verstärktem Masse zugeführten Sauerstoffs genügt, um den durch den Reiz vermehrten Sauerstoffverbrauch zu decken, dann bleibt die Zelle am Leben, während sie im entgegengesetzten Falle zu Grunde gehen muss. (z. B. der Prozess der Entzündung).

So ist nach Pawlinow das Leben ein fortwährender Kampf gegen den Sauerstoffmangel, der sich unter dem Einfluss verschiedener Reize steigert, also Sauerstoffhunger wird, welcher die Zellen zwingt den Sauerstoff zunächst aus dem Blute und dann aus den eingeführten Nahrungsmitteln zu entnehmen, woraus ersichtlich, dass die Organzellen die Fähigkeit besitzen den Sauerstoff zu binden den sie herangezogen und diese Vorgänge vollziehen sich nun eben nach Einführung des Magnesiumsuperoxyds (Novozon) in den Organismus, was für den experimentellen Nachweis seiner Wirkung von Belang ist.

Tritt eine Verminderung der Sauerstoffmenge im Protoplasma ein, so sinkt die oxydative und steigt die reduktive Fähigkeit des Protoplasmas. Daraus erklärt sich mit Leichtigkeit die Fettablagerung bei Anämischen, bei beginnendem Alter und bei beginnender Lungentuberkulose. Funktionelle Reize der Nervenzellen können durch Sauerstoffverlust zu einem solchen Grade von Ernährungsstörung derselben führen, dass die Fähigkeit ihres Protoplasmas den Sauerstoff zu ersetzen soweit sinkt, bis sie auch in der Ruhepause nicht mehr im Stande sind den verbrauchten Sauerstoff genügend zu ersetzen. Es bleibt demnach ein dauerndes Manco von Sauerstoff bestehen und dieser beständige Sauerstoffmangel wirkt fortwährend erregend, was schliesslich zur Destruktion der Nervenzellen und in weiterer Folge zur Entstehung der Neurasthenie führt.

Der Sauerstoffmangel stellt somit einen so wichtigen Faktor im Leben der Zellen dar, dass ohne denselben eine Erklärung des Lebens, des Ablebens, der Entzündung und anderer physiologischen und pathologischen Vorgänge gar nicht gedacht werden kann.

Auf Grundlage dieser Ehrlichschen und Pawlinowschen Erhebungen und Ausführungen, unternahm nun Dr. Josef Winterberg eine Reihe von biologischen und therapeutischen Untersuchungen des Magnesiumsuperoxyds in der III. Abteilung des k. k. allgemeinen Krankenhauses in Wien. Dieselben umfassten die Einwirkung von Magnesiumsuperoxyd 1) auf das Zirkulationssystem, 2) auf den Respirationsapparat, 3) auf den Darmkanal und die Veränderung des Harninhalts und 4) Stoffwechselversuche. (Nr. 43 der Wiener medizin. Blätter. 1903).

Dass Magnesiumsuperoxyd (Novozon) in der Tat die Fähigkeit besitzt in den Geweben mit Leichtigkeit Sauerstoff abzugeben und dadurch die entsprechende Wirkung zu entfalten, geht aus dem nunmehr schon sehr häufig wiederholten einfachen Versuch hervor, dass Methylenblau innerlich genommen, nach 1—2 Stunden eine blaugrüne Verfärbung des Urins hervorruft, die erst nach 3—4 Tagen gänzlich schwindet, in der nächsten Urinportion aber kaum mehr merkbar ist, wenn man nach der ersten, blaugefärbten Urinausscheidung, 2 Gramm Magnesiumsuperoxyd einnehmen lässt. Giebt man nach kurzem Intervall noch 1 weiteres Gramm MgO_2, so ist die Färbung des Urins vollkommen verschwunden. Dies wird dadurch bedingt, dass eine Oxydation des Methylenblau erfolgte, welche auf dem Blutwege stattfand, auf welchem der Farbstoff behufs Ausscheidung mit dem Magnesiumsuperoxyd in Berührung kam. Damit ist der Beweis geliefert, dass das Magnesiumsuperoxyd tatsächlich ins Blut gelangt und dort tatsächlich die in meinem ersten Aufsatz über Novozon theoretisch supponierte Wirkung entfaltet hat.

Auch in umgekehrter Folge, d. h. nachdem man zuerst Magnesiumsuperoxyd und dann Methylenblau reichte, gaben diese Versuche dieselben Resultate. Dann machte Winterberg noch Versuche mit folgender Modifikation. Er liess Magnesiumsuperoxyd mit Zusatz von Monokaliumtartrat ($K\ H_5\ C_4\ O_6$) einnehmen, was die Wirkung des Magnesiumsuperoxyds zwar verlangsamte, aber ermöglichte den aktiven Sauerstoff vollständiger aus dem Magnesiumsuperoxyd abzuspalten. Diese Versuche wurden ausser in Wien, noch vom Erfinder des Novozon Dr. Hinz und Anderen in Berlin, sowie bei uns von mir, Dr. Studemeister und anderen Kollegen stets mit durchaus ähnlichen Resultaten wiederholt.

Selbstverständlich wurden auch die zu den Versuchen verwendeten Magnesiumsuperoxyd-Präparate überall auf ihren Sauerstoffgehalt untersucht, in Berlin von Bischoff, Aufrecht u. a. hierselbst von Biel, welcher für das Hinz'sche Novozon purum einen Sauerstoffgehalt von 22—25 % nachwies.

Winterberg nahm die Untersuchung der Einwirkung des Magnesiumsuperoxyds auf das Zirkulationssystem ebensowohl an Gesunden, als an Kranken vor. Die Zahl der roten und weissen Blutkörperchen war während der Versuchszeit nur sehr geringen Schwankungen unterworfen, der Hämoglobingehalt nahm aber an Grösse etwas zu, so dass die Werte der diesbezüglichen Fleischl'schen Untersuchungen von 40, 50 und 60 auf 45, 56 und 65 stiegen.

Stärkere Veränderungen liessen sich bezüglich des Blutdrucks und der Pulskurve konstatieren. Während derartige Veränderungen bei Einatmung von komprimiertem Sauerstoff schon durch E. Rogowin und Zickel in der Festschrift für Professor Leyden, von W. Cowl und E. Rogowin im Berliner Archiv für Physiologie, 1904, und von Zickel in seinem Lehrbuch der Osmologie beschrieben wurden, blieb die Frage offen, ob ähnliche Veränderungen bei innerlicher Darreichung von Sauerstoff nachzuweisen sein würden, was dann ein weiterer Beweis für den Eintritt des per os genommenen Sauerstoffs in die Blutbahn wäre.

Die Erhebungen Winterbergs bei diesen Versuchen waren folgende.

Giebt man einem Menschen in kurzen Zwischenräumen mehrere Gramm Magnesiumsuperoxyd, so tritt nach Verlauf von $^1/_2$—1 Stunde eine deutliche Veränderung der

mit dem Sphygmomanometer aufgenommenen Kurve ein. Die einzelnen Schwingungen werden etwas höher, die Rückstosselevation deutlicher und der Ton flacher, was so lange andauert, als MgO_2 in tätiger Form noch im Organismus vorhanden. Nach vollständiger Ausscheidung des MgO_2 erlangt der Puls wieder seine normale Beschaffenheit. Diese Resultate sind den von Zickel erlangten sehr ähnlich. Giebt man MgO_2 in gewissen Zwischenräumen weiter fort, so kann man eine langdauernde Wirkung erzielen, während nach Zickel die Wirkung der Sauerstoff-Inhalation höchstens $^1/_4$ Stunde andauert. Die innere Darreichung von Sauerstoff bewirkt also erhöhte Herzarbeit und in deren Folge erhöhten Blutdruck. Die Druckzahlen stiegen von 20 bis 25% und die Frequenz des Pulses nimmt gewöhnlich ab, während er kräftiger und voller wird. Auch eventuell vorhandene Arythmie schwindet und kehrt erst nach Beendigung der Sauerstoffeinnahme wieder.

Die Wirkung des Magnesiumsuperoxyds auf den Respirationsapparat bei den Versuchen Winterbergs war bei weitem weniger augenfällig, ergab aber in pathologischen Zuständen wie Dyspnoë und Asthma eine bedeutende Milderung der Beschwerden. Er erklärt sich diese Wirkung durch die Pawlino w'sche Hypothese, nach welcher jede Funktion, also auch die der Atmung, durch Sauerstoffmangel bedingt wird, was erwiesen scheint durch die bei Sauerstoffüberschuss entstehende Ueberfüllung des Atmungszentrum und den mit derselben fortfallenden Auslösungsreiz zur Atmung, also durch den Zustand der Apnoe, während der Gegensatz derselben, die Dyspnoë, dann durch übergrossen Sauerstoffhunger hervorgebracht sein muss. Durch innerliche Darreichung von Sauerstoff müsste dann die Dyspnoë ganz oder zum Teil behoben werden können. Schon durch Sauerstoffinhalation gelang dies bis zu einem gewissen Grade, erheblich besser aber noch durch das Magnesiumsuperoxyd, so dass wir mit demselben ein recht brauchbares Mittel gegen Dyspnoë und Asthma in der Hand haben. Dasselbe bestätigt Dr. Georg Luda Berlin in seiner Schrift: Asthma, eine Kohlensäurevergiftung etc. (Verlag von Ebering, Berlin 1906), welcher das Novozon als sicheres Mittel zur Beseitigung des Asthma warm empfiehlt.

Bezüglich der Wirkung des Magnesiumsuperoxyds auf den Darmkanal und die Harnzusammensetzung, konstatierte Winterberg folgendes.

Nach Darreichung von 2—3 g. Magnesiumsuperoxyd zeigt sich nach ca. 3 Stunden bereits die Wirkung. — MgO_2 wird im Magen gespalten und es gelangt nun Wasserstoffoxyd in den Darmkanal, welches aktiven Sauerstoff abspaltet, der dann vom Darm aus zur Wirkung kommt. Diese Wirkung ist aus mehreren Komponenten zusammengesetzt. In statu nascendi wirkt der Sauerstoff zunächst als osmotisches Mittel auf den respiratorischen Gaswechsel, indem er die Darmmuskulatur zu erhöhter Tätigkeit anregt und damit noch indirekt auf die Respiration mächtigen Einfluss übt. Die erhöhte Darmtätigkeit äussert sich durch stärkere Peristaltik mit sehr lebhaften Darmgefühlen, die erst nach Stuhlentleerung wieder schwinden.

Weiter entfaltet der aus dem MgO_2 abgespaltene Sauerstoff noch eine antiseptische und desinfizierende Wirkung im Darm. Einigen anderen, durch ihren Gehalt an Sauerstoff ähnlich wirkenden Mitteln gegenüber, hat MgO_2 den Vorzug, absolut ungiftig und viel reicher an abgebbarem Sauerstoff zu sein, also auch eine weit nachhaltigere Wirkung entfalten zu können. Daher erweist sich dann auch das Novozon als vorzügliches Laxans, das in kurzer Zeit sicher und ohne grosse Beschwerden wirkt.

Die Zusammensetzung des Harns ergab folgende Verhältnisse. Seine Menge nach gereichtem MgO_2 nahm stets zu, was auf erhöhte Nierenfunktion zu beziehen; dabei erfolgt grössere Ausscheidung von Chlornatrium, was darauf hindeutet, dass das Magnesiumsuperoxyd vom Blute aufgenommen wurde, da der Kochsalzgehalt des Harns unmittelbar abhängig ist vom Gehalt des Blutes an Chlornatrium. Letzterer aber wird durch $Mg\ O_2$ wesentlich gesteigert, daher auch der Kochsalzgehalt des Harns vermehrt.

Die Zahlen für die Harnstoffmengen gehen ebenso bedeutend in die Höhe. Dies kann aber nur durch gesteigerten Zerfall der Harnsäure eine Erklärung finden, und dadurch, das $Mg\ O_2$ den Stoffwechsel stark anregt. Der ins Blut gelangte aktive Sauerstoff wirkt rasch oxydierend, verhindert zu grosse Anhäufung der Erothrocyten und steigert so den Stoffwechsel. Die auf diese Weise zu Stande kommende stärkere Verbrennung von Harnsäure, deren Menge im Harne damit wesentlich abnimmt, empfiehlt Winterberg zu therapeutischer Verwendung bei denjenigen Krankheiten, die mit erhöhter Harnsäurebildung einhergehen.

Die von Winterberg vorgenommenen Stoffwechselversuche zerfielen in eine Vorperiode, eine Versuchsperiode und eine Nachperiode von je 6 Tagen, während welcher die gleichen Quantitäten Milch, Fleisch, Brot und Wasser gereicht wurden. Es zeigte sich nun in der Versuchsperiode, wo 4 g. MgO_2 täglich eingenommen wurden, ein bedeutendes, fast konstantes Ansteigen des im Harn ausgeschiedenen Harnstickstoffes, was die regere Zersetzung und Verbrennung der Eiweisskörper im Organismus beweist.

Diesem Umstande erkennt Winterberg deshalb besondere Bedeutung zu, weil man daraus sieht, dass der per os in den Organismus aufgenommene Sauerstoff eine stark reduzierende Wirkung hat, dass er ferner den Stoffwechsel in sehr günstiger Weise beeinflusst und drittens weil daraus resultiert, dass die Kranken denen man MgO_2 reicht, kräftiger ernährt werden müssen.

Zu diesem Zweck sind dem Novozon auch verschiedene Nährstoffe zugefügt worden, die als Novozon-Eiweiss, Novozon-Malzextrakt, Novozon-Cacao etc. von Dr. Hinz dargestellt wurden.

Winterberg resumiert seine Versuche mit dem Hinweise darauf, dass aus denselben unzweideutig hervorgeht, wie aus dem per os eingeführten MgO_2 im Magen Wasserstoffsuperoxyd und Magnesiumchlorid entsteht und dass der aus ersterem im Darmkanal abgespaltene aktive Sauerstoff ins Blut gelangt. Dafür spricht 1) der Methylenblauversuch, 2) die bei interner Anwendung des Sauerstoffs festgestellte Veränderung des Pulses, des Blutdrucks und der Pulszahl, 3) die Einwirkung auf die Atmung, 4) die Vermehrung des Chlornatrium- und Harnstoffgehalts des Harns und 5) die Beschleunigung und Erhöhung des Stoffwechsels.

Schliesslich meint Winterberg es wäre nach alle diesen Erhebungen weiter nicht wunderbar, wenn MgO_2, in die Therapie eingeführt, auch tatsächlich gute Erfolge gegeben, die man schon heute als recht befriedigend bezeichnen dürfe, nur sollte man nicht prätendieren, dass absolut jeder Fall günstig verlaufen mussse.

Aus den Zahlreihen die Winterberg über seine Versuche giebt, wollen wir noch hervorheben, dass die Zunahme des täglich entleerten Harns von 1500 auf 2200, von 1800 auf 2500 Gramm und dem ähnlich, aber immer ansteigt, und ebenso der Chlornatriumgehalt des Harns von 12 und 21, von 10 auf 20 Gramm stieg.

Selbstverständlich sind vor und nach den Winterberg'schen Versuchen noch viele anderweitige gemacht

worden, die immer zunächst bezweckten den Nachweis für den Uebergang aktiven Sauerstoffs in die Blutbahn zu erbringen, was nun heute schon für erwiesen gelten darf. Wir haben die Winterberg'schen Versuche vorausgestellt weil sie der Priorität ihrer Veröffentlichung (1903) wegen Anspruch darauf haben und dann, weil sie überaus klar und umsichtig angeordnet, gewissermassen die Schablone aller Versuche überhaupt geben, deren Endzweck es ist bei innerer Darreichung von Sauerstoff den Uebergang desselben in die Blutbahn und seine Wirkung auf das Zirkulationssystem, die Respiration, die Veränderung der Zusammensetzung des Harns, den Stoffwechsel etc. nachzuweisen. So haben denn auch alle in gleicher Richtung geführten Versuche und Beobachtungen bisher überall durchaus ähnliche Resultate ergeben. Die Versuche sind ja nicht überall so umfassend wie diejenigen Winterbergs. So erstrecken sich diejenigen des Erfinders des Novozon, Dr. Hinz, wesentlich auf die klinische Wirkung der Novozonpräparate und die Technik ihrer Anwendung, für welche er strebte therapeutische Normen aufzustellen. Dr. Luda-Berlin richtete seine Forschung wesentlich auf Respiration und Nervensystem, während Dr. Möller-Dresden wiederum die therapeutische Wirkung des Novozon an einem grösseren Krankenmaterial in seiner Heilanstalt prüfte. Die hierselbst unternommenen experimentellen Versuche bezwecken die desinfizierende Wirkung des Novozon auf den Darm festzustellen, ferner die Zunahme von Chlornatrium und Harnstoff im Harn nachzuprüfen und die Zunahme der Harnmenge bei Novozongebrauch zu konstatieren. Sie sind für eine demnächstige gesonderte Mitteilung bestimmt, woher ich ihrer Resultate hier nur kurz erwähne. Die bakterizide Wirkung auf den Darm erwies sich in 47 Versuchen als nahezu vollkommen und nur in 9 Fällen weniger ausgesprochen. Fäulnissprodukte konnten nicht nachgewiesen werden. War der Stuhlgang früher träge oder bestand gar Konstipation, so schwand das in allen Fällen von Novozongebrauch. Es erfolgten meist 2 bis 3 breiige Stühle am Tage und nur zu Beginn des Novozongebrauchs bisweilen mehr, wenn gleich anfangs grössere Dosen gegeben wurden ehe der Organismus an das Mittel gewöhnt war, was meist in Verlauf einer Woche geschieht.

Meine eigenen Beobachtungen waren auf die therapeutischen Resultate des inneren Gebrauchs von Novozon gerichtet und erstreckten sich auf ein Krankenmaterial von 107 Fällen, welche die Möglichkeit dauernder Beobachtung boten. Von diesen schliesse ich noch 15 Fälle von Dermatosen aus; es waren 8 Mal Eczema chron., davon 3 Mal Eczema scroti, 2 Mal Psoriasis univers. 1 Mal Psoriasis capit. und 4 Mal Verbrennungen 1. und 2. Grades. Sie gaben alle vorzüglichen Erfolg, nur in einem Falle von Psoriasis univers. erfolgte, 3 Monate nach beendetem Novozongebrauch (es war fast 8 Wochen hindurch gebraucht worden), ein Recidiv, das dann ebenfalls einer erneuten Anwendung von Novozon wich. Es kamen in diesen Fällen 20%-tige Novozonsalbe und Novozon-Lanolin zur Verwendung, in einigen Fällen unterstützt durch innere Darreichung von Novozon purum in kleinen und mittleren Dosen, doch haben diese 15 Fälle für mich vorläufig nur empirisches Interesse, weil ich über den Modus der Wirkung des Novozon bei Eczem und Psoriasis keine genügende Rechenschaft zu geben vermag. Da Flächenkatarrhe der Haut (Eczem) aetiologisch meist auf mechanische, chemische oder thermische Reize zurückgeführt werden müssen und auch Parakeratosen wie Psoriasis kaum allein durch Stoffwechselstörungen bedingt sein dürften, muss ich, selbst bei gebührender Veranschlagung nervöser und dyskrasischer Einflüsse, die Aufklärung der auffallenden Wirkung von Magnesiumsuperoxyd in diesen Fällen den Herren Dermatologen überlassen.

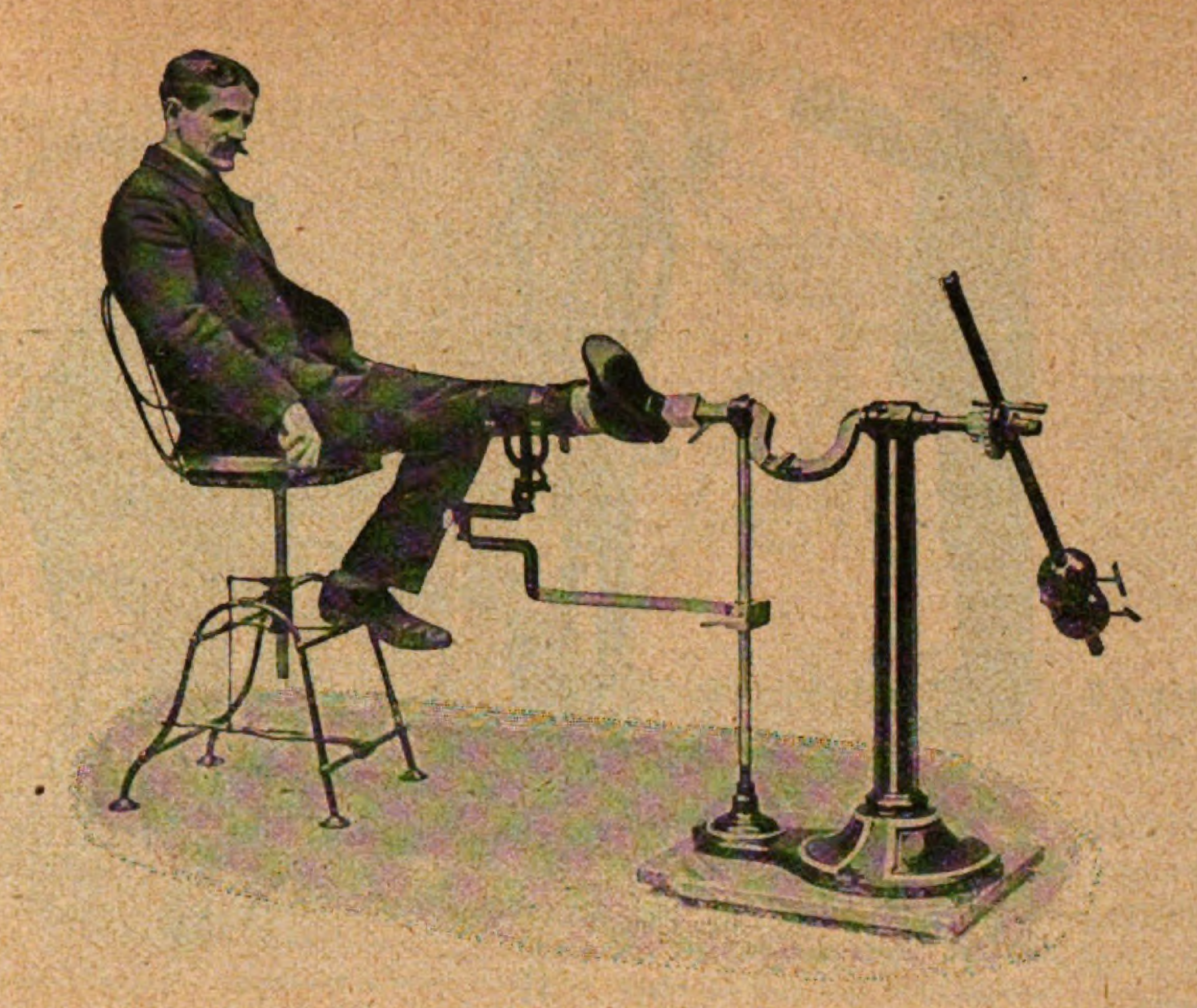
Die übrigen 92 Fälle verteilen sich in folgende Gruppen: Uebermüdung und Schwächezustände 7 Mal, Anaemie und Chlorose 11 Mal, Leukämie 1 Mal, Rheumatismus muscul. 3 Mal, Gicht 2 Mal, Podagra 1 Mal, Diabetes 6 Mal, Morbus Brigthii 8 Mal, Fettleibigkeit 2 Mal, Verdauungsstörungen und Appetitlosigkeit 6 Mal, Konstipation 26 Mal, Migräne und andere Kopfschmerzen 17 Mal, Neurasthenie 7 Mal.

Ueber diese Fälle soll eingehender in Gemeinschaft mit den hiesigen experimentellen Versuchen berichtet werden, woher ich heute nur einzelnes bezüglich derselben bemerke.

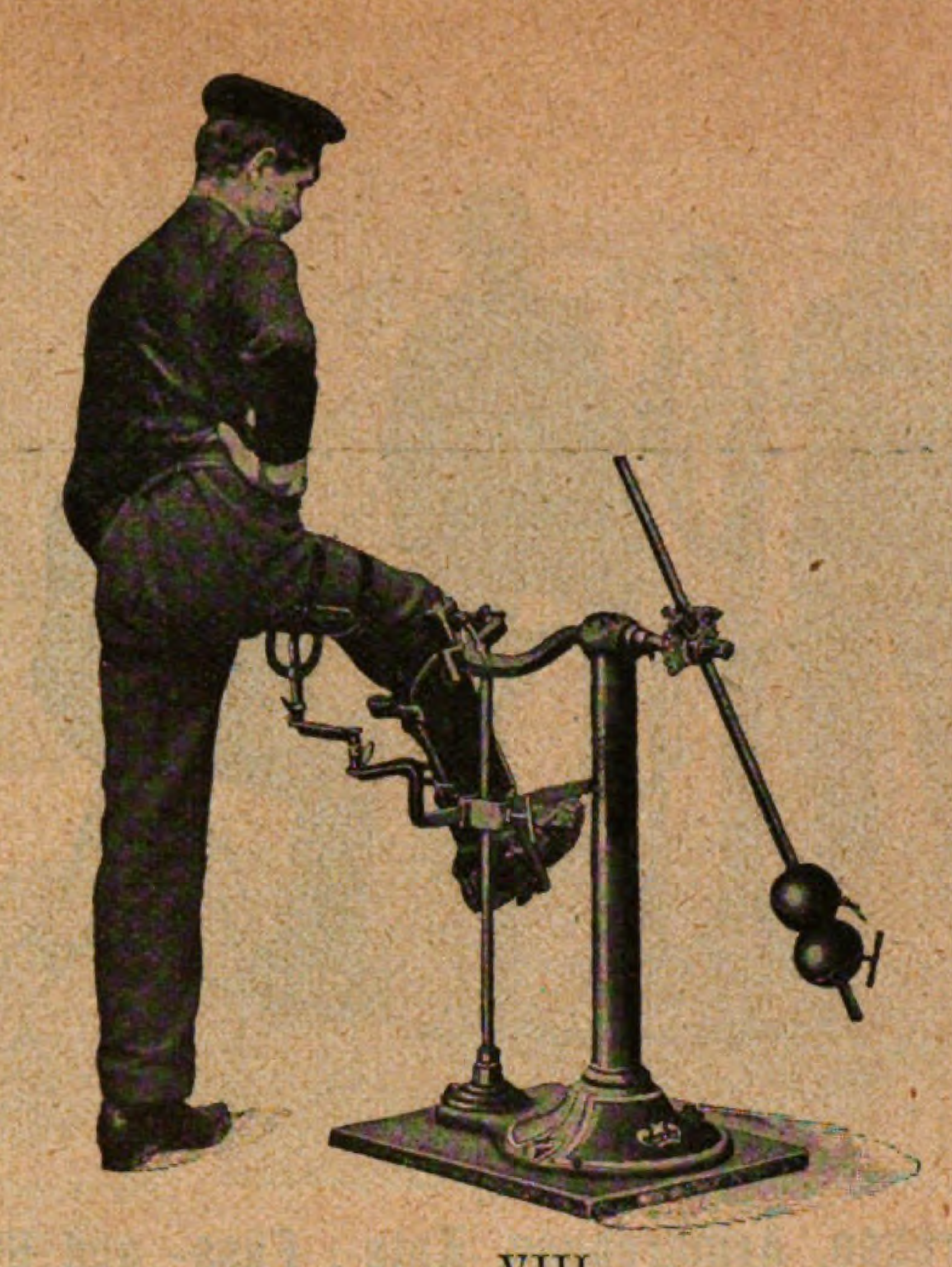
Ausgehend von der Voraussetzung dass auf Grundlage neuester Forschung eine grosse Zahl, besonders chronischer Krankheiten, auf Stoffwechselstörungen mehr oder minder hohen Grades beruht, wie sie in den 92 erwähnten Fällen zum Ausdruck kommen, nahmen wir als Normalindikation für die innerliche Anwendung von Novozon das Vorhandensein solcher Störungen an und erzielten im Ganzen recht befriedigende Resultate. Ausnahmen davon sind folgende zu erwähnen. Der eine Fall von Leukämie betraf ein 2½-jähriges Kind, das bereits über 1 Jahr krank und ebensolange in durchaus rationeller, jedoch erfolgloser Behandlung gewesen. Mit Ausnahme der Röntgen-Strahlen war alles erprobt worden, Abmagerung und Kräfteverfall bei vollständiger Appetitlosigkeit aber hochgradig. Nun wollten die Eltern durchaus noch Novozon versuchen, obgleich ich ihnen keinerlei Aussicht auf Erfolg machen konnte. Es wurde aber dennoch versuchsweise Novozon-Pepsin, 3 Mal täglich 1 kleine Messerspitze voll in Milch oder verdünntem Wein, gegeben und das Kind begann bereits am dritten Tage wieder etwas feste Nahrung zu sich zu nehmen, starb aber am 5. Tage in einem Anfall von Collaps. Dies ist der einzige Todesfall der auf die 92 Fälle und überhaupt auf die erheblich grössere Zahl all' Derer zu verzeichnen ist, die bisher auf meinen Rat Novozon gebraucht. In 2 Fällen von Fettleibigkeit, betreffend 2 Damen in guten Lebensverhältnissen, wurde gar keine Besserung erzielt, was ich dem zuschrieb, dass sie das Novozon nicht nach Vorschrift brauchen und die Diät nicht zweckentsprechend modifizieren wollten, woher ich die Behandlung gegen Ende des ersten Monats abbrach. Ebenso wurde in einem Falle von Furchtanfällen gar keine Besserung erreicht, während ein ganz gleichartiger Fall mit vollständiger Heilung endete, ohne dass die Krankheitserscheinungen im Verlaufe von nunmehr 18 Monaten wiedergekehrt wären. Die Mehrzahl der 92 Fälle ergab aber bedeutende Besserung und vollständige Heilung, soweit man darüber bei der verhältnissmässig kurzen, danach vergangenen Zeit von definitiver Heilung zu sprechen berechtigt ist.

Ueber die von mir beobachteten Wirkungen des Novozon lässt sich im allgemeinen folgendes sagen.

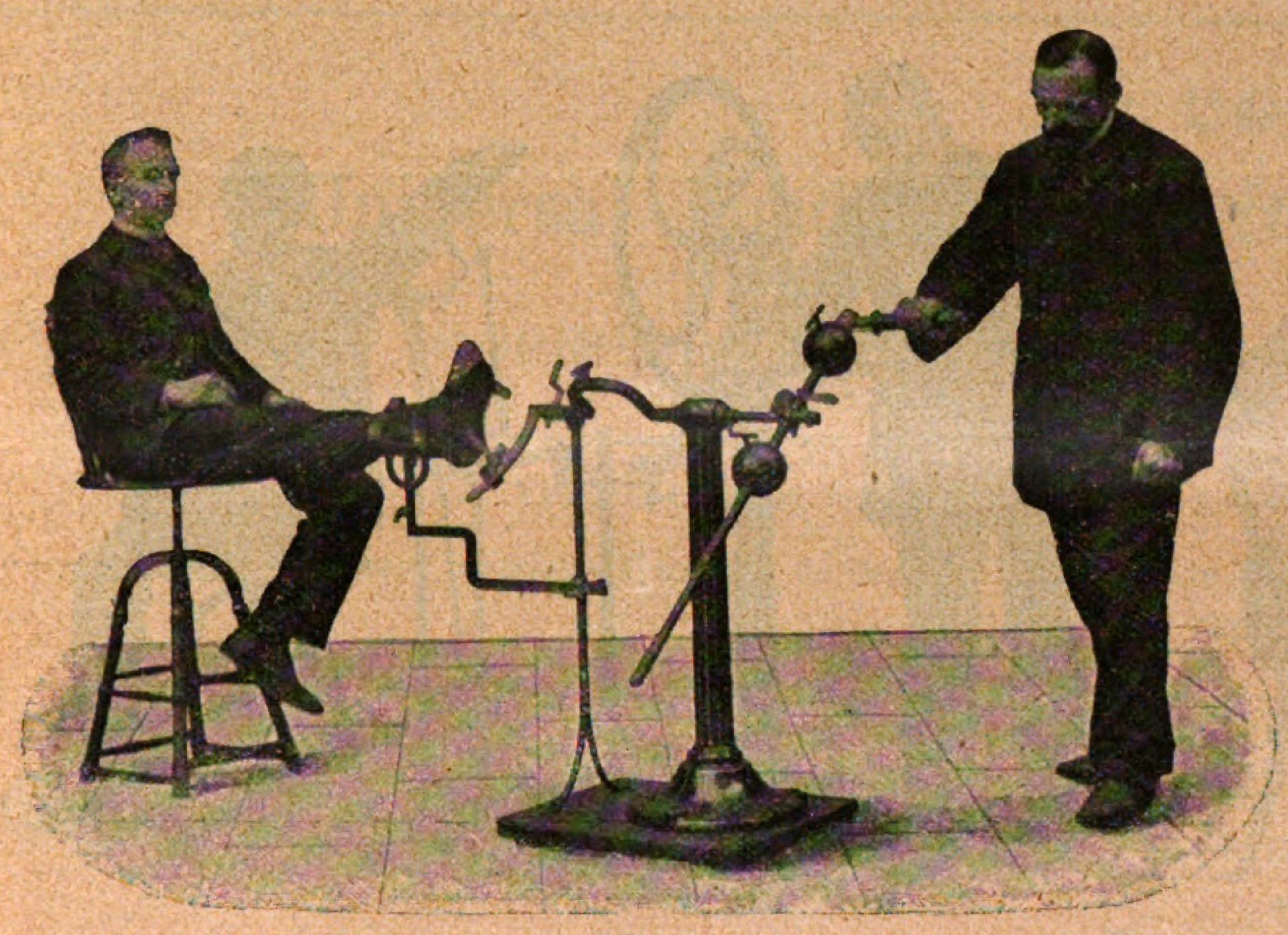
In seiner Wirkung auf die Regulierung der Verdauung und Anregung der Peristaltik, versagte Novozon niemals und stimme ich Winterberg vollkommen bei, wenn er es ein sicher und schmerzlos wirkendes Laxans nennt. Seine Wirkung auf die Gewebsatmung, auf die Sauerstoffversorgung des Protoplasmas, der Gewebszellen und Erotrocyten, war deutlich ersichtlich aus der sich hebenden Ernährung des Organismus und aus der wieder zur Norm zurückkehrenden Funktion der einzelnen Organe. Nach 2—3-wöchentlichem inneren Gebrauch von Novozon begann auch das, bis dahin oft jahrelang vergeblich gegen Blutarmut gebrauchte Eisen wieder zu wirken, weil die durch Sauerstoffzufuhr gekräftigte Zelle jetzt wieder die für die Aufnahme und Assimilation erforderliche Arbeit leisten konnte. Eben so deutlich ist



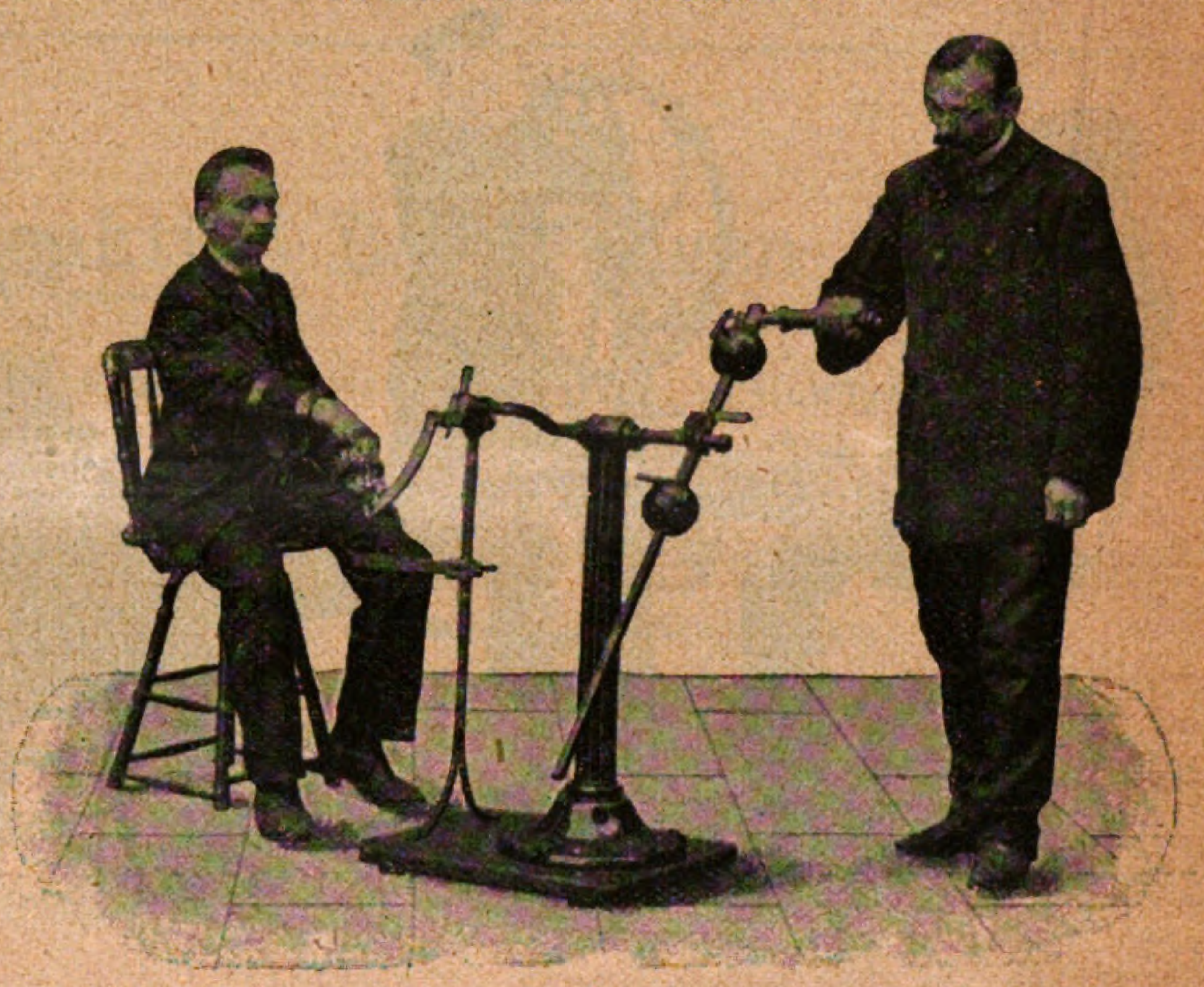
VII.
Hüftgelenksdrehung.



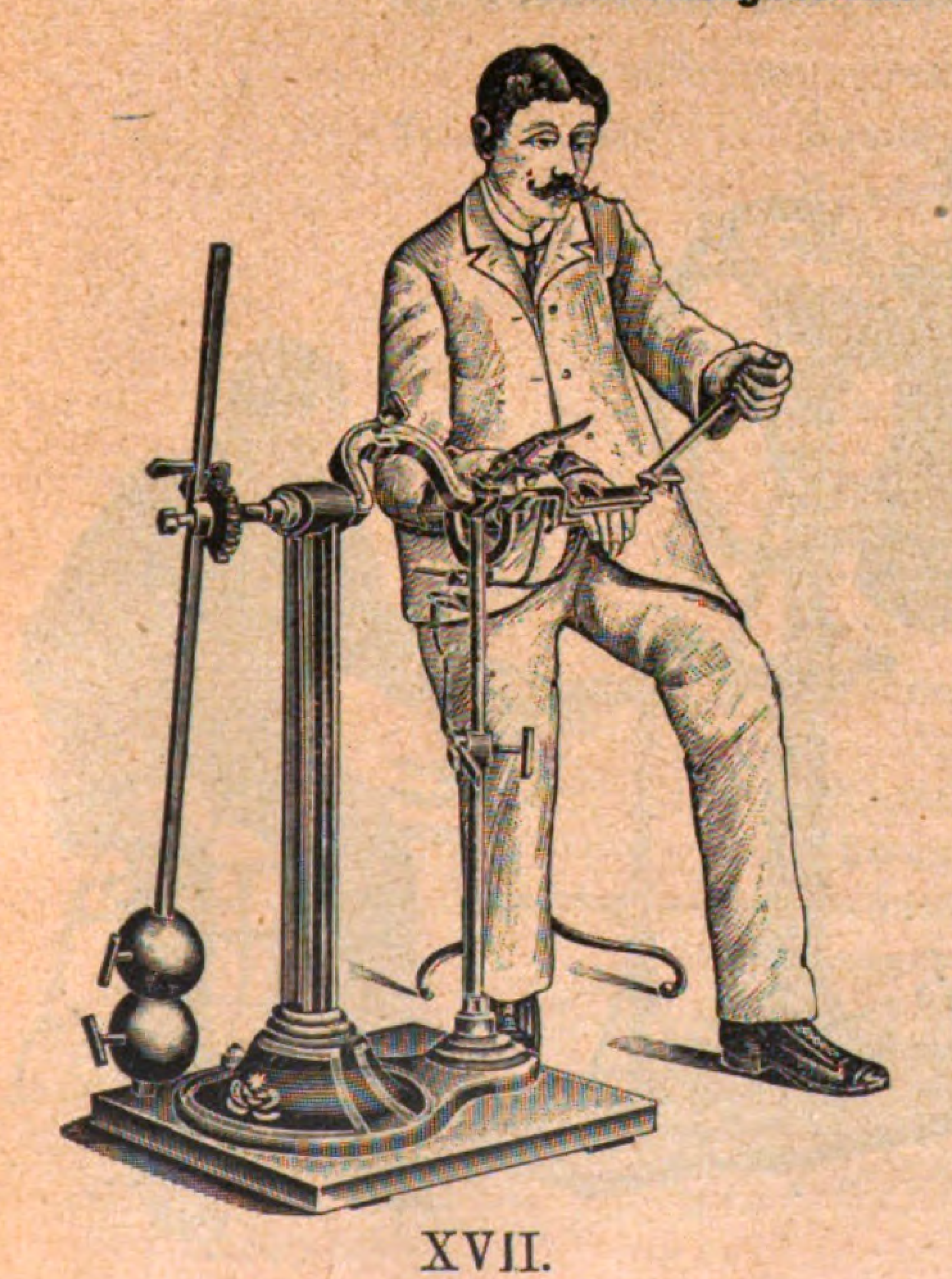
VIII.
Kniebeugung (Unterschenkelschwingung).
Ist auch sitzend vorzunehmen.



IX.
Knöchelgelenks-Rotation.



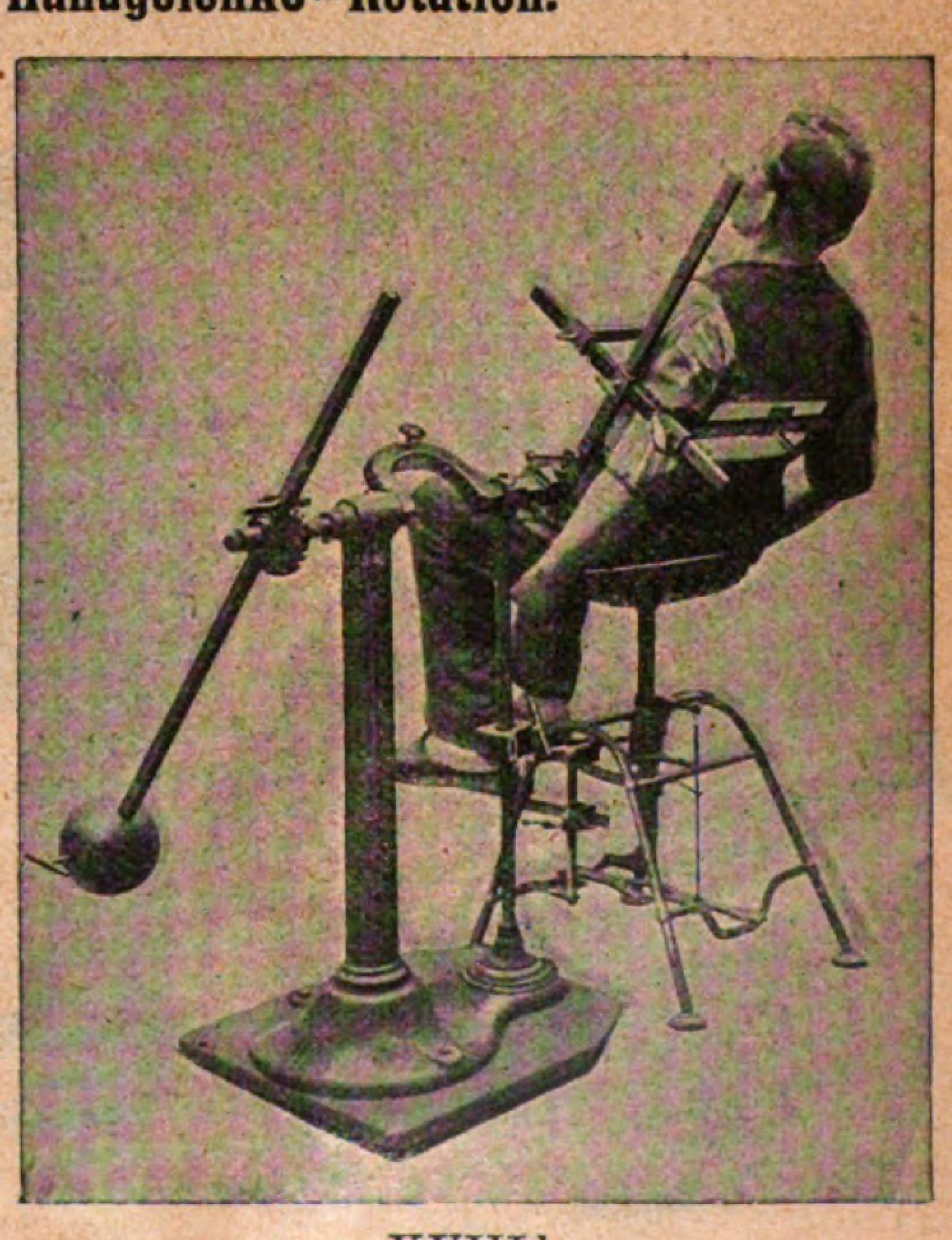
X.
Handgelenks-Rotation.



XVII.
Finger- und Handbeugung.

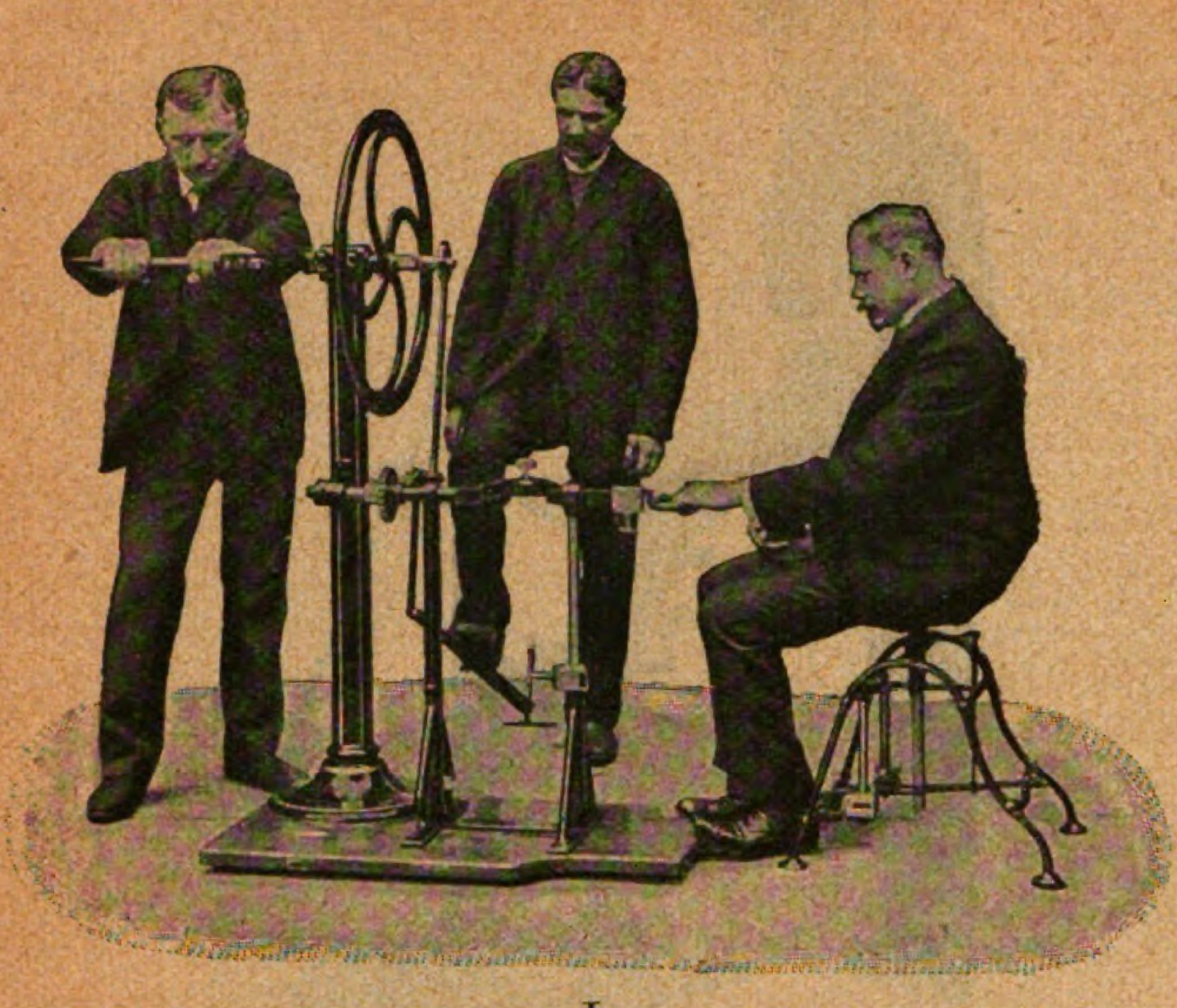


XVIII. **Rumpfbeugen, seitwärts.**

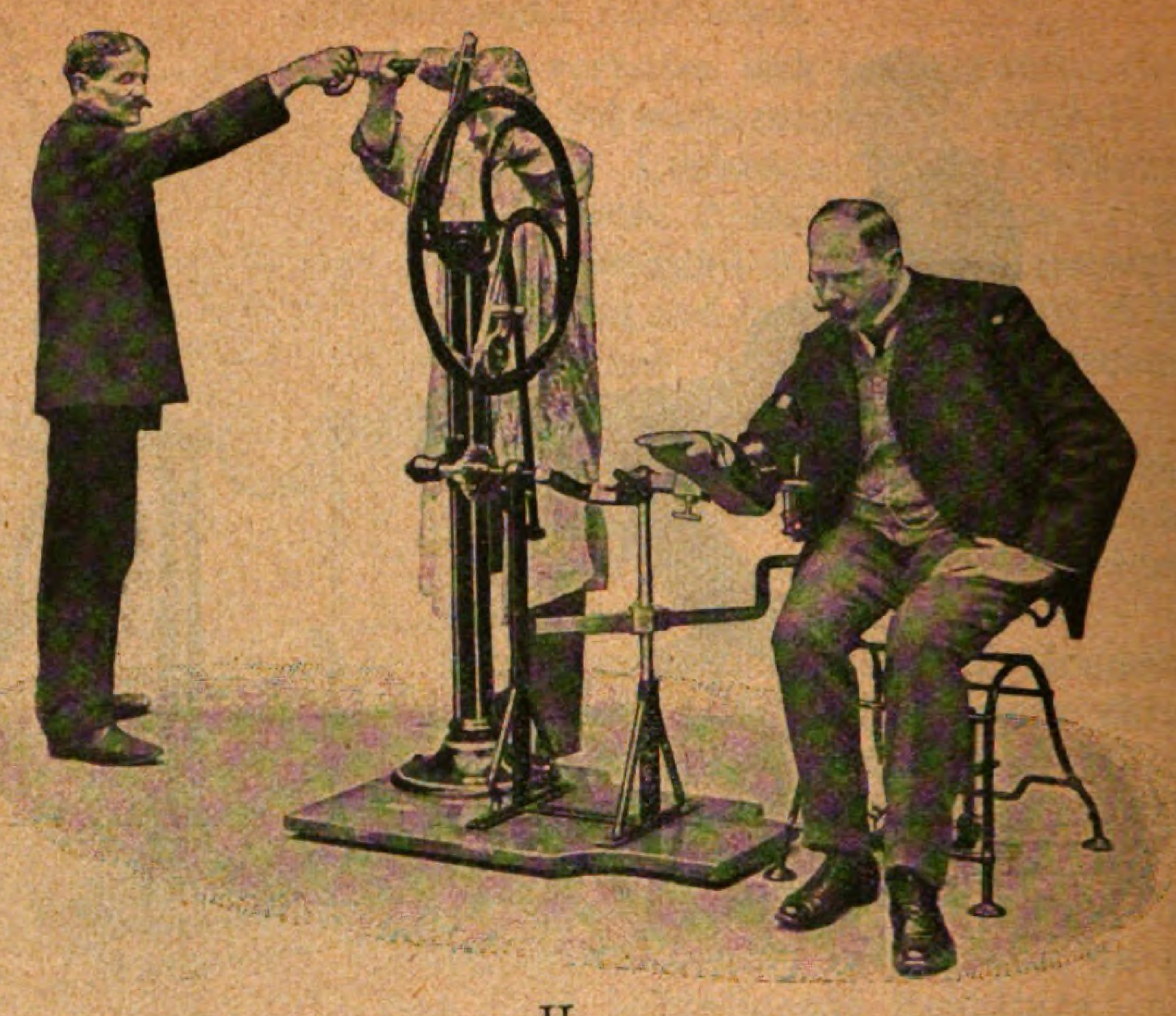


XVIII b.
Rumpfbeugen, vor- und rückwärts.

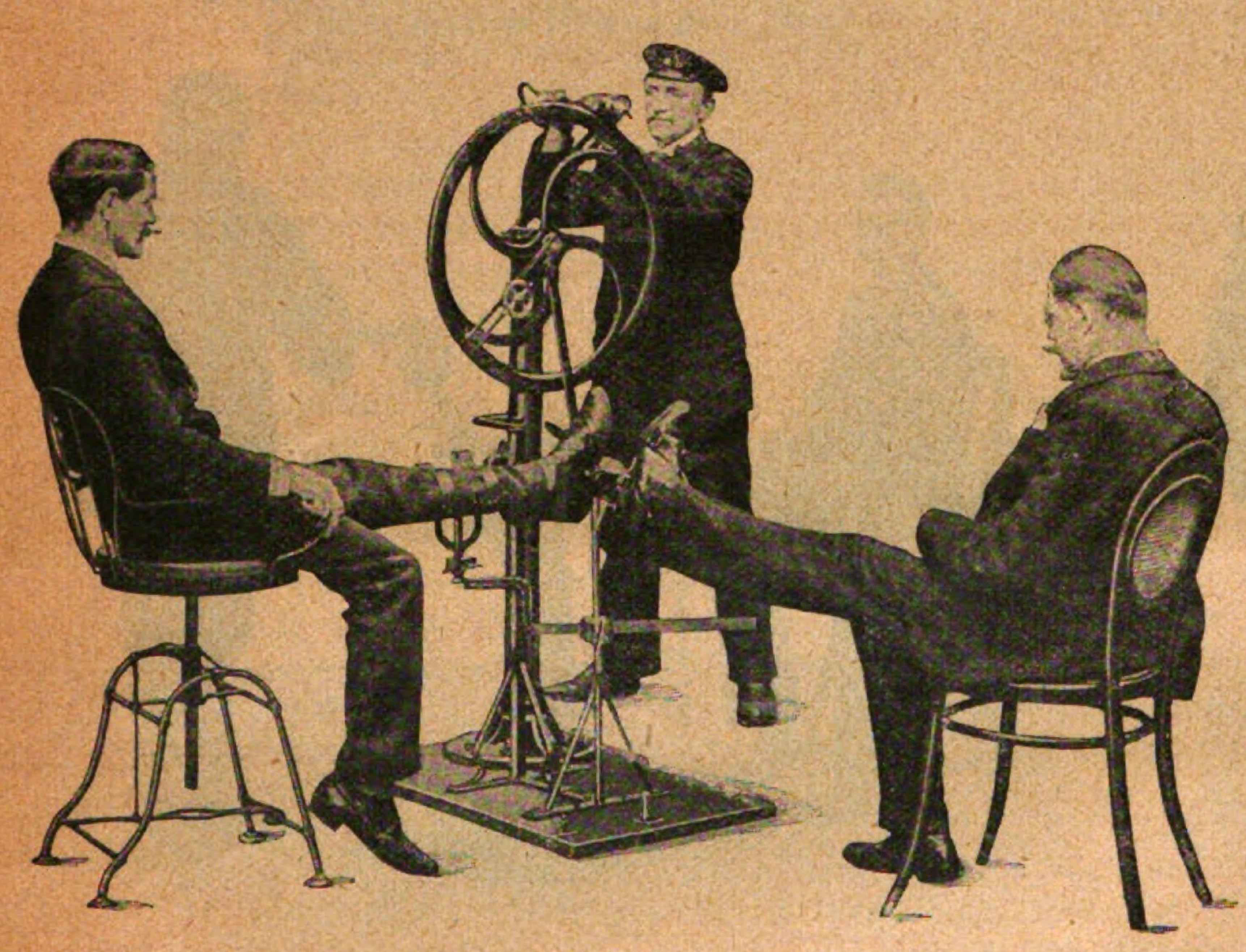
Bei Bedarf in anderen heilgymnastischen Apparaten verlange man Katalog CLX.



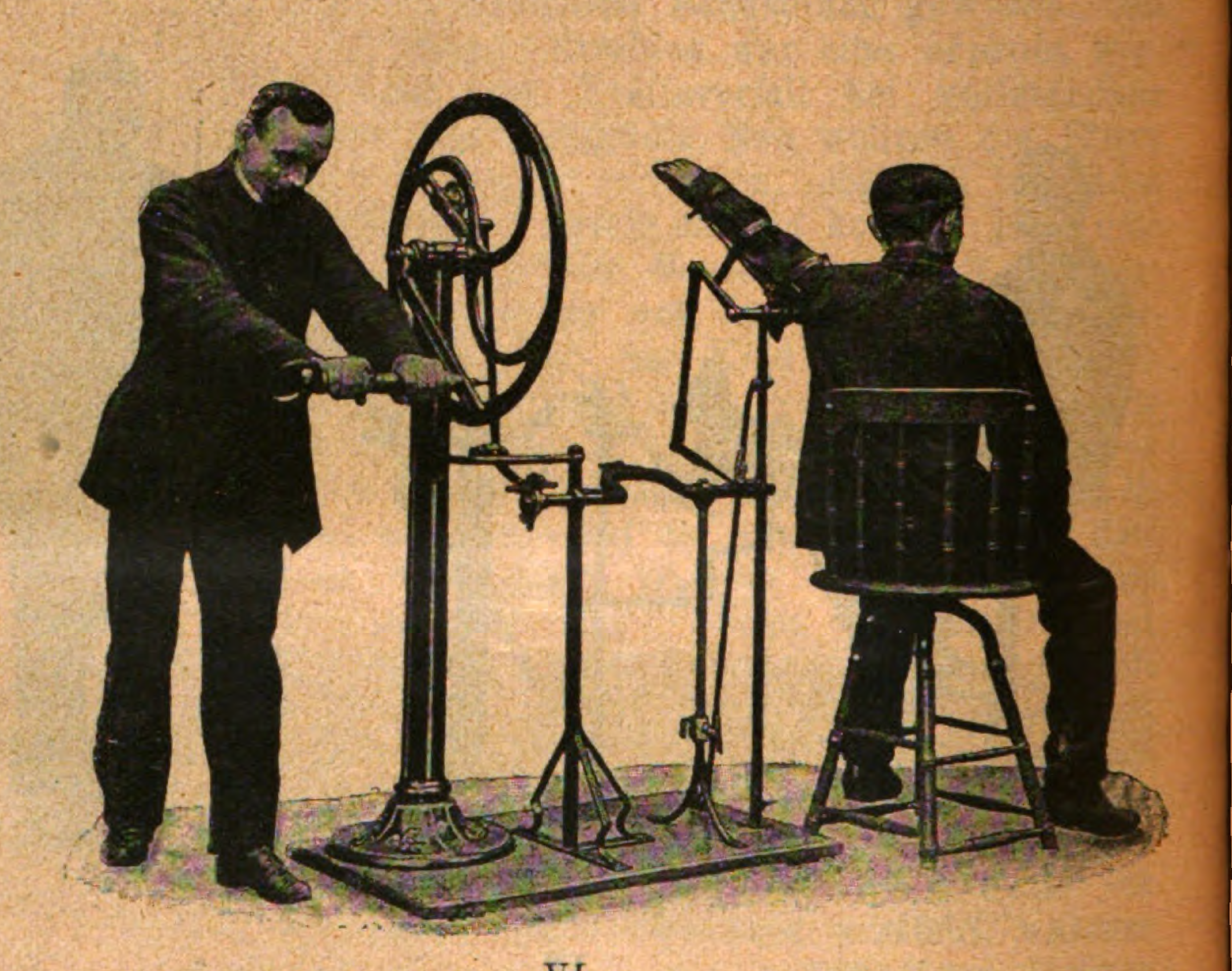
I.
Raddrehen, Armdrehung, Knie-, Fuss- und Hüftgelenksbeugung.



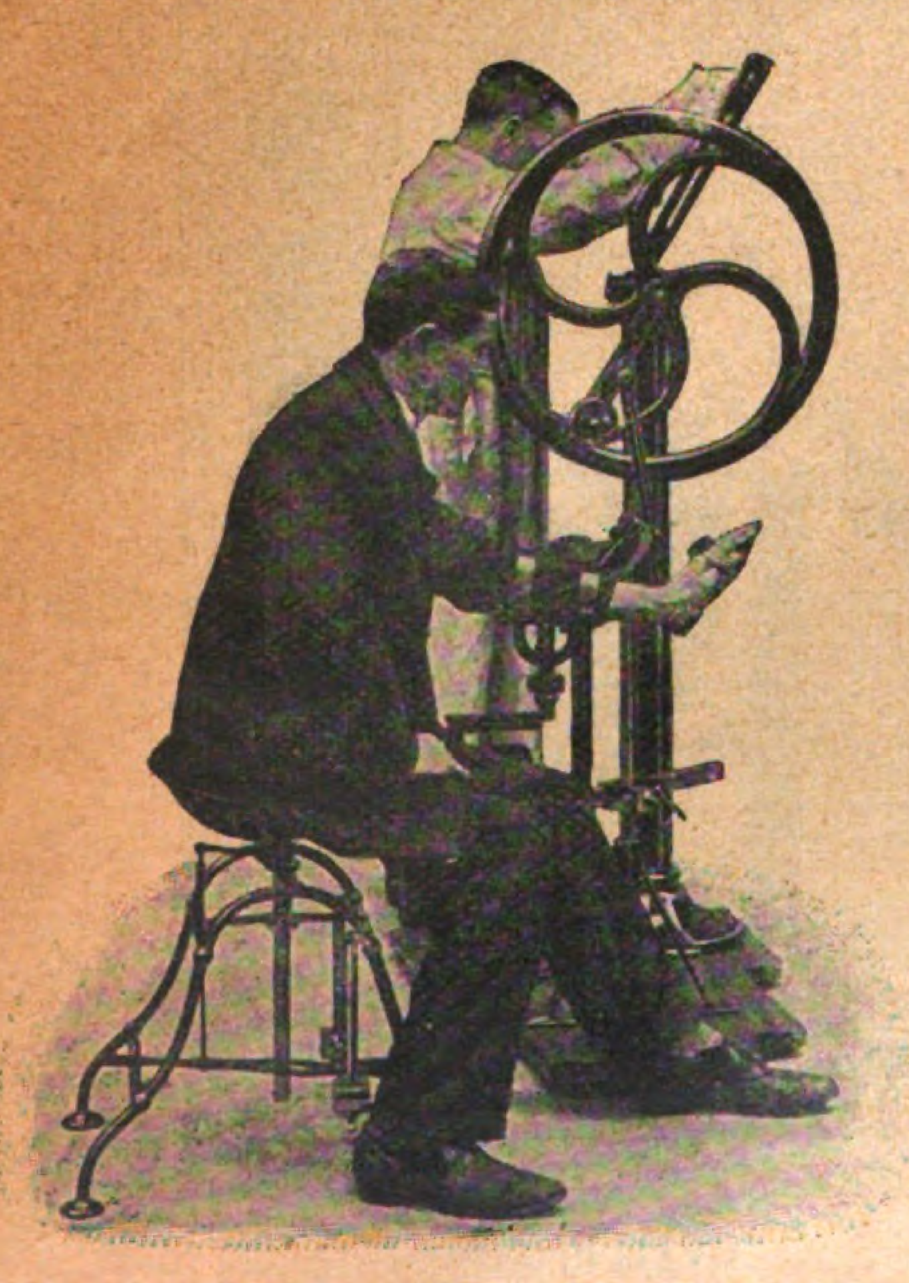
II.
Raddrehen, Ellbogenbeugung, Schultergelenksrollung.



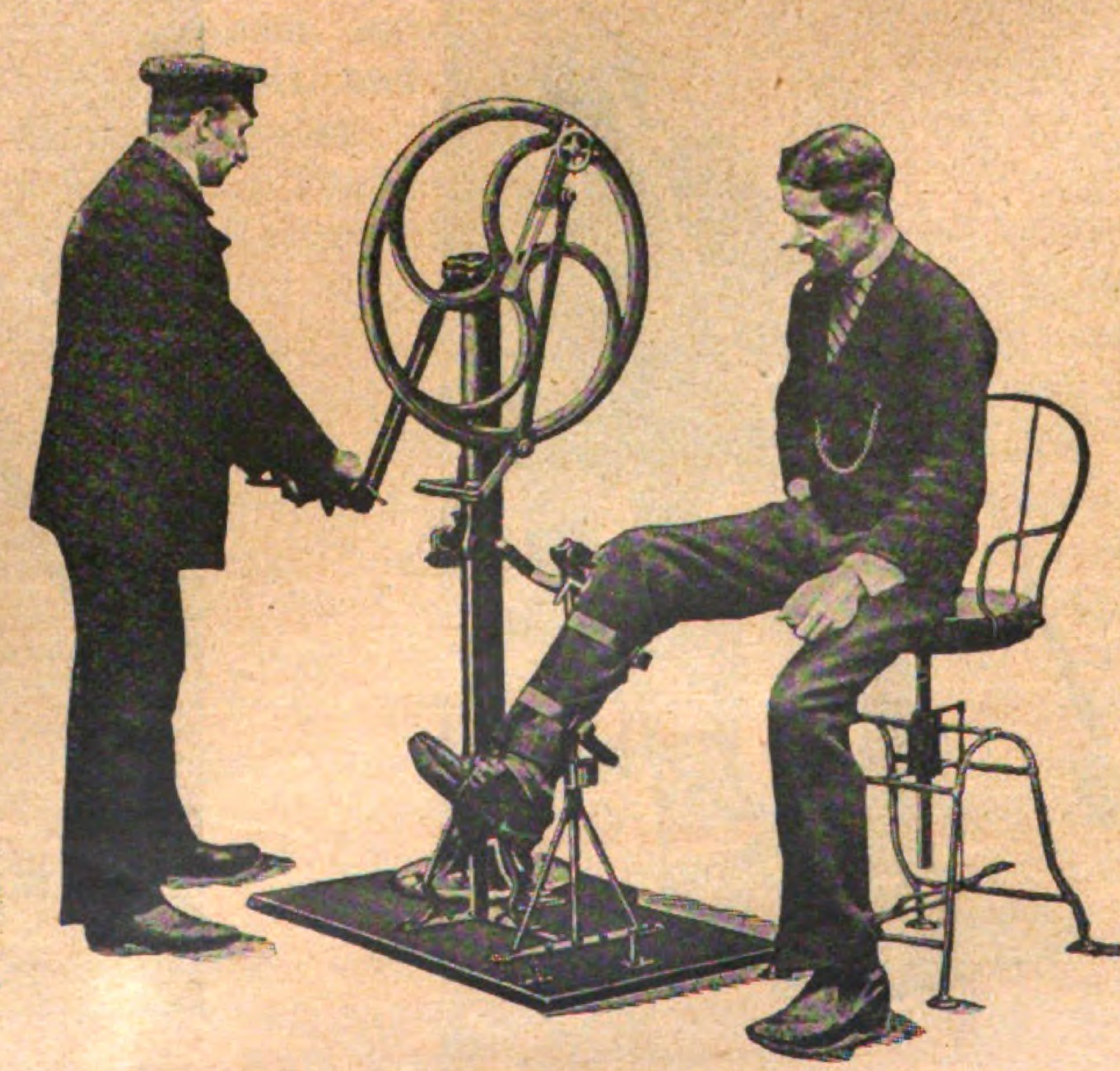
III.
Raddrehen, Beindrehung, Fussbeugung.



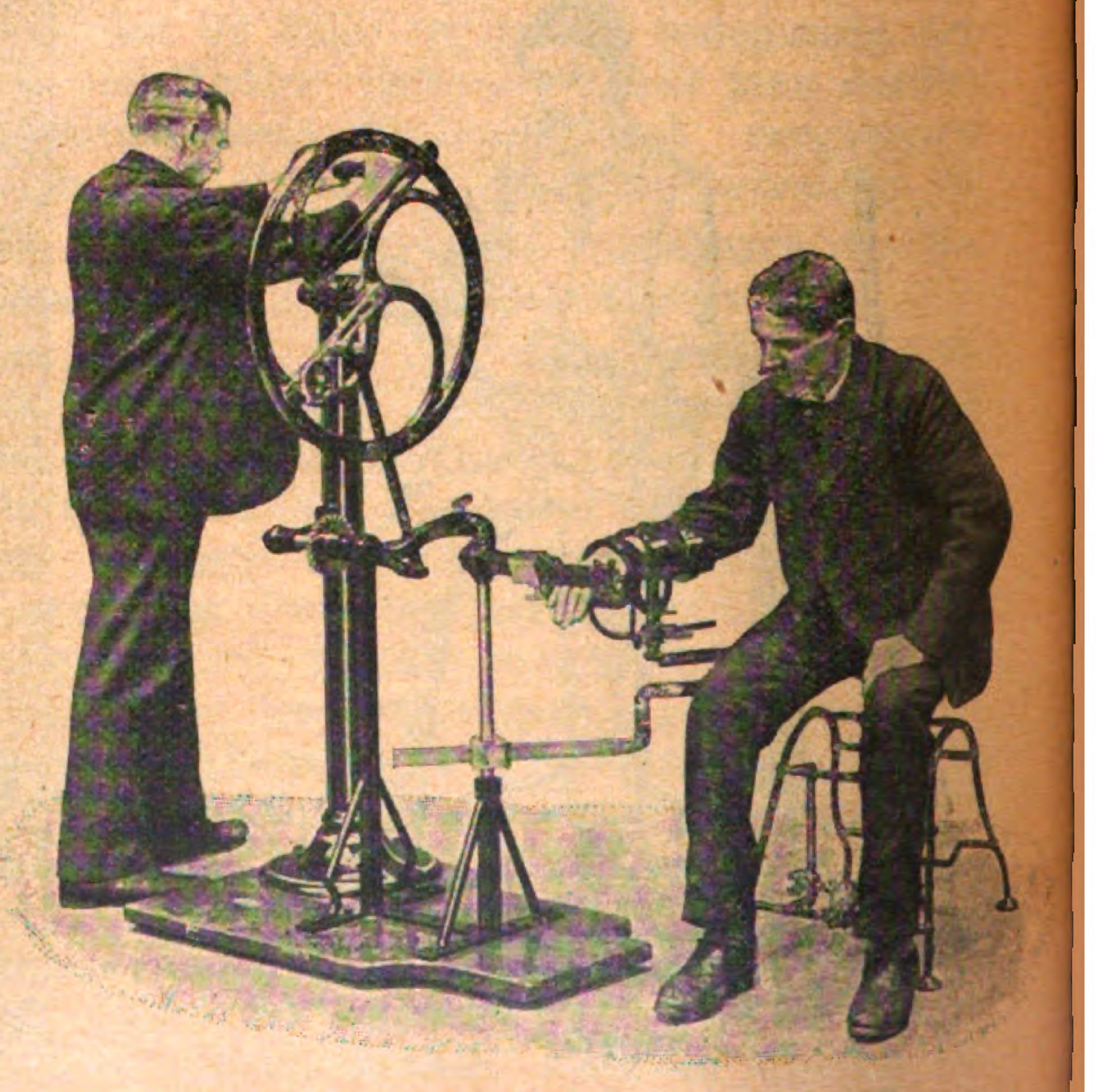
VI.
Raddrehen, Schultergelenkshebung.



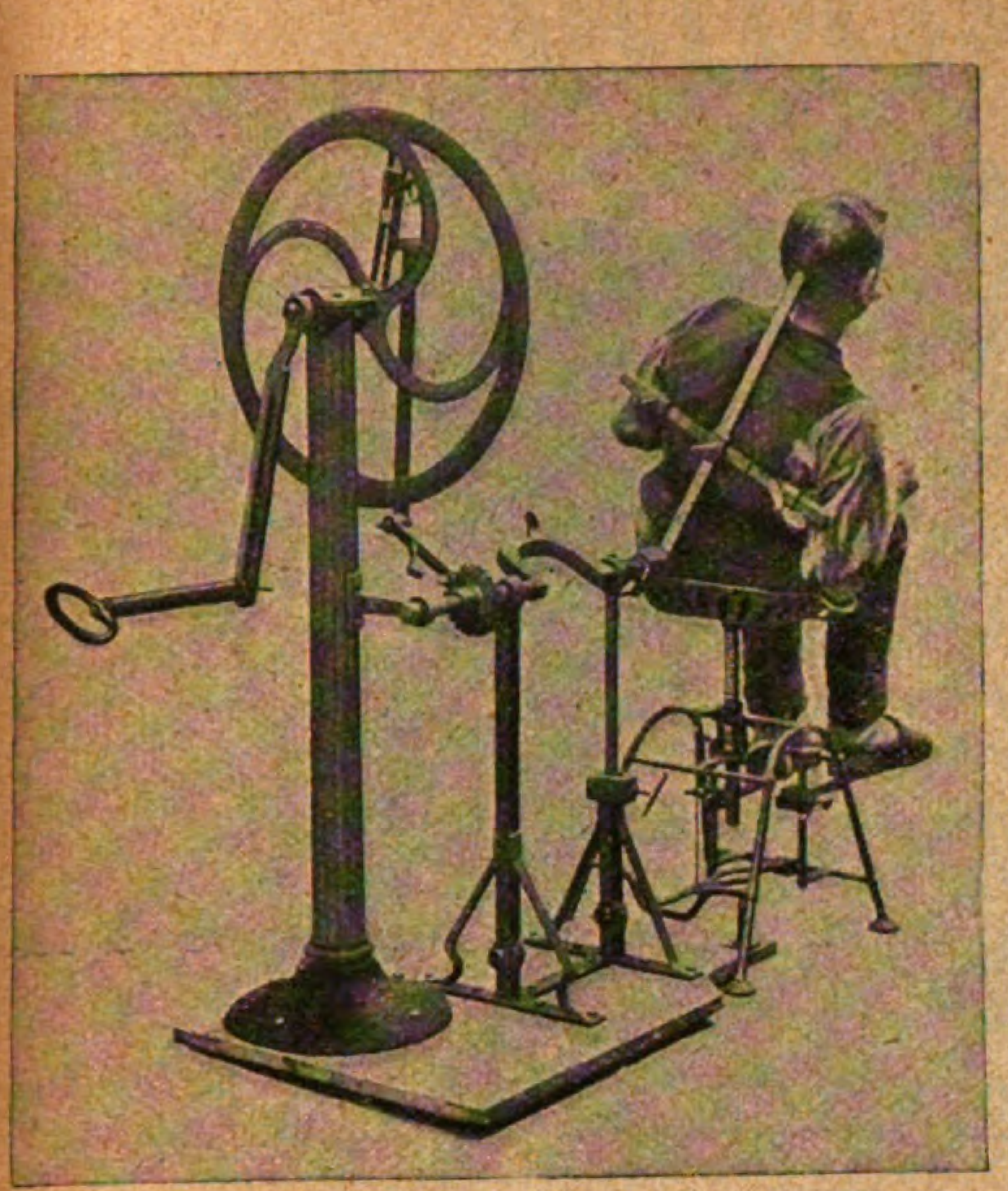
IV.
Raddrehen, Handgelenksbeugung.



V.
Kniebeugung, sitzend
(kann auch stehend ausgeführt werden).



VII.
Hand- und Fingerbeugung.



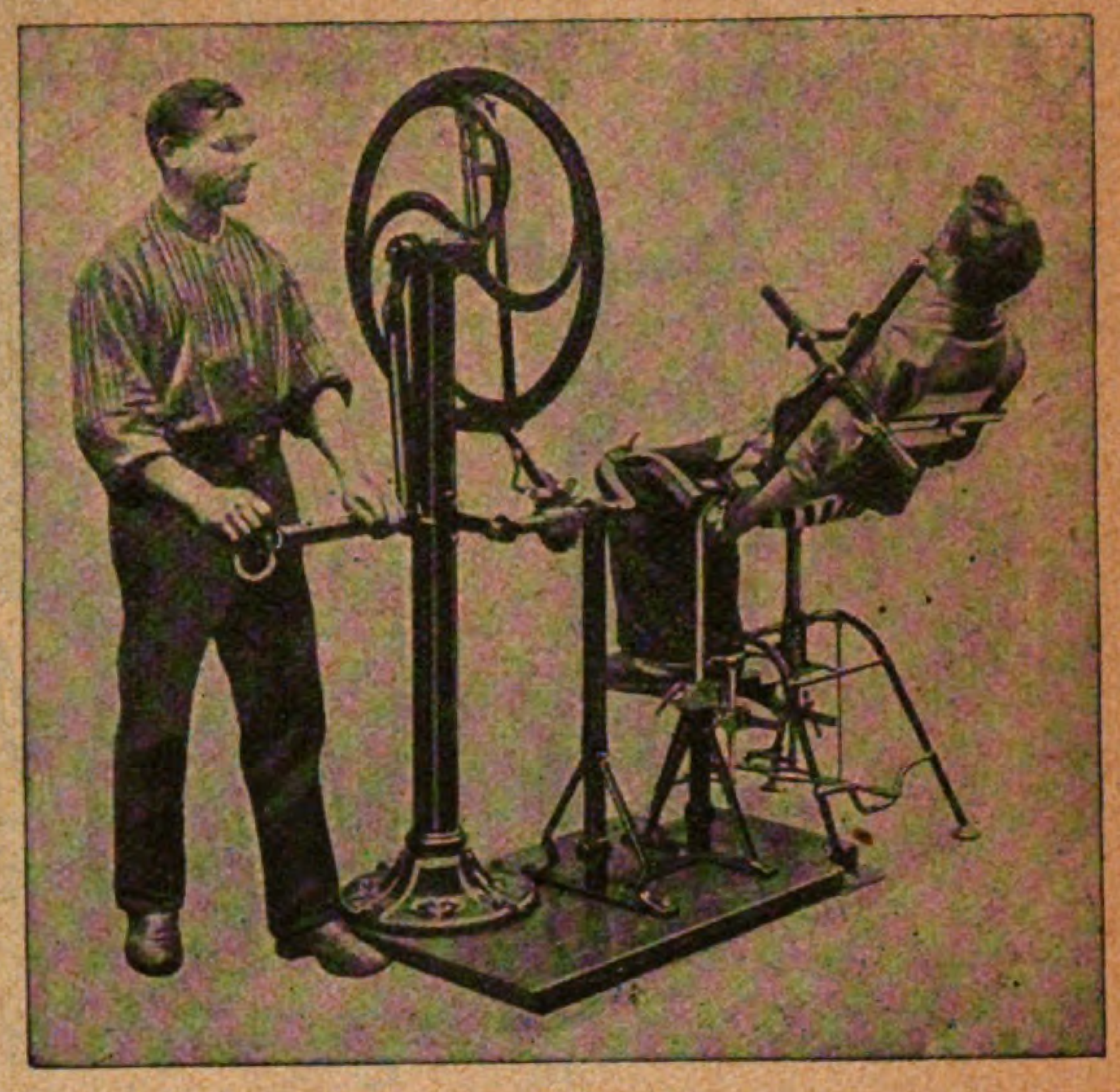
VIII.
Rumpfbeugung, seitwärts.



Nr. 202. Verstellbarer Stuhl mit Lehne
von Eisen mit Holzsitz
zum Gebrauche am Gelenkbeugungs- und Pendelapparat.
Dieser Stuhl ist vermittels eines Fusstrittes um 33 cm in der Höhe verstellbar. Er ist nicht drehbar und steht bei den Übungen fest.
(Bei Rumpfbeugung nicht benutzbar!)
Mk. 45.—.



Nr. 203.
Verstellbarer Eisenstuhl
mit verstellbaren Fusshaltern
ist bei **Rumpfbeugen** an den Apparaten Nr. 200 und 206 unbedingt notwendig und kann auch bei allen anderen Übungen benutzt werden. Die Hochstellung geschieht mittels Pedal.
Mk. 66.—.



IX.
Rumpfbeugung, vor- und rückwärts.

Nr. 206.

Universal-Pendelapparat für aktive Bewegungen

für

Armdrehung — **Schultergelenksrollung** (Armkreisen) — **Handgelenksbeugung** (volar und dorsal) — **Handgelenksbeugung** in Abduction — **Ellbogenbeugung** — **Hüftgelenksrollung** (Beinkreisen) — **Fussgelenksbeugung** — **Beindrehung** — **Kniestreckung** (Unterschenkelschwingung) — **Handgelenksrollung** — **Knöchelgelenksrollung** — **Hand-** und **Fingerbeugung** — **Rumpfbeugen,** seitwärts — **Rumpfbeugen,** vor- und rückwärts.

Für grössere Betriebe empfiehlt es sich, mehrere nackte Apparate anzuschaffen, auf welche der Schienensatz entsprechend verteilt wird.

Bei den meisten Bewegungen empfiehlt es sich, die Extremitäten durch die Fixierschienen Nr. 11 u. 12 zu befestigen.

Ausführliche Gebrauchsanweisung wird jedem Apparate beigegeben.

Äusserste Masse des Apparates 50 × 80 cm, mit Übungsfläche ca. 170 × 170 cm.

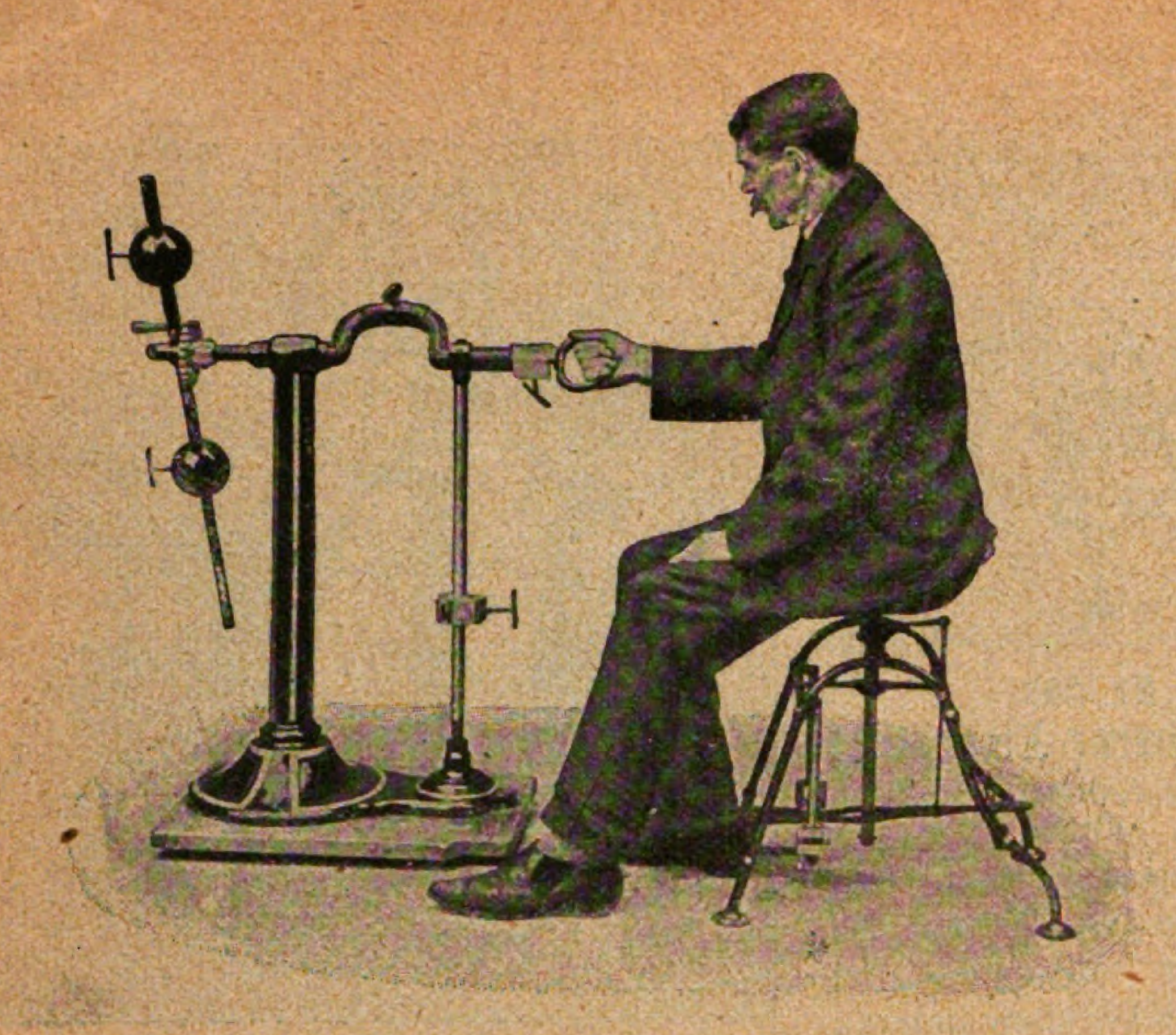
Preis

des nackten Apparates ohne alle Schienenstücke, neues stärkeres Modell . . . . Mk. 125.—

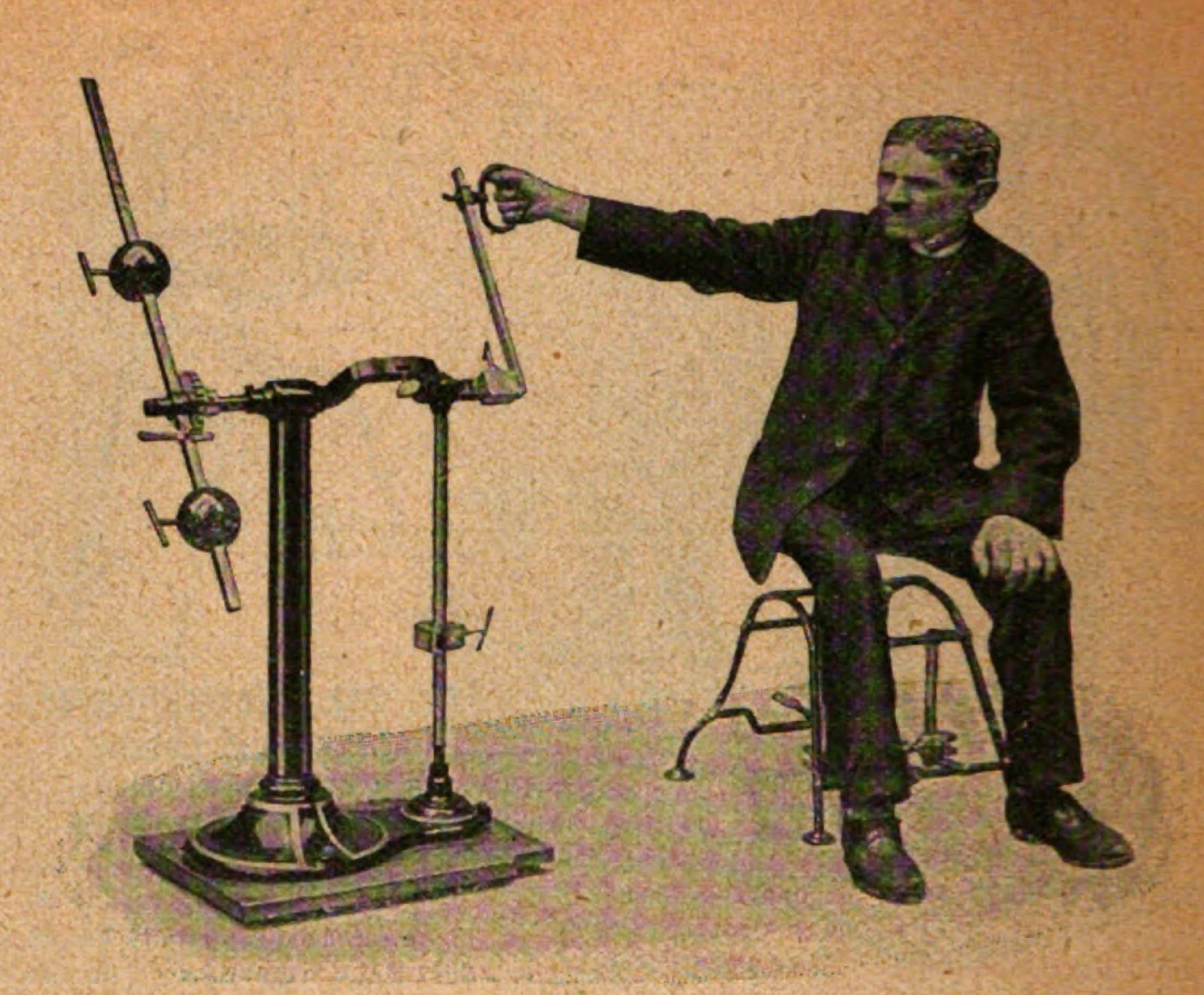
Derselbe kann nach Wahl mit folgenden Schienenstücken adjustiert werden:

Nr.	Bild	Bezeichnung		Mk.
Nr. 1	Bild I	**Handgriff für Vorderarmdrehung**		Mk. 4.—
9	II	**Handgriff für Schultergelenksrollung** (unter Verwendung von Schiene 13)		4.50
6	III	**Handschiene für Handgelenksbeugung,** volar und dorsal		8.50
6a		〃 〃 〃 in Abduction		9.—
3	IV	**Armschiene für Ellbogenbeugung**		15.50
10	V	**Fusssohle für Hüftgelenksrollung** (unter Verwendung von Schiene 13)		8.—
5	VI, VII	**Fusssohle für Fussbeugung und -drehung**		7.50
7	VIII	**Beinschiene für Kniestreckung (Unterschenkelschwingung)**		23.50
11		**Fixierungsschiene für Unter- und Oberarm**		10.—
12		**Fixierungsschiene für Unter- und Oberschenkel**		10.—
		Für Schultergelenks- und Hüftgelenks-Rollung, Fig. II und V, ist zwischen Apparat und Ansatz ein Verbindungsstück, die		
13		**Schwungschiene** einzusetzen		4.50
14		**Graduiertes Kreisbogenstück** und **Drehling**	für passive Bewegung mit Hilfe eines Drehlings	12.—
15	IX	**Fussschiene** für Knöchelrotation	für passive Bewegung mit Hilfe eines Drehlings	15.—
16	X	**Handschiene** für Handgelenksrotation	für passive Bewegung mit Hilfe eines Drehlings	14.50
17	XII	**Finger- und Handbeugungsansatz**		22.—
18	XVIII	**Rumpfbeugungsansatz,** seitwärts und vor- und rückwärts		40.—
18b		**Ein extraschweres Pendelgewicht** zu Nr. 18		12.—
			Zusammen	Mk. 345.50
			Verpackung	3.50

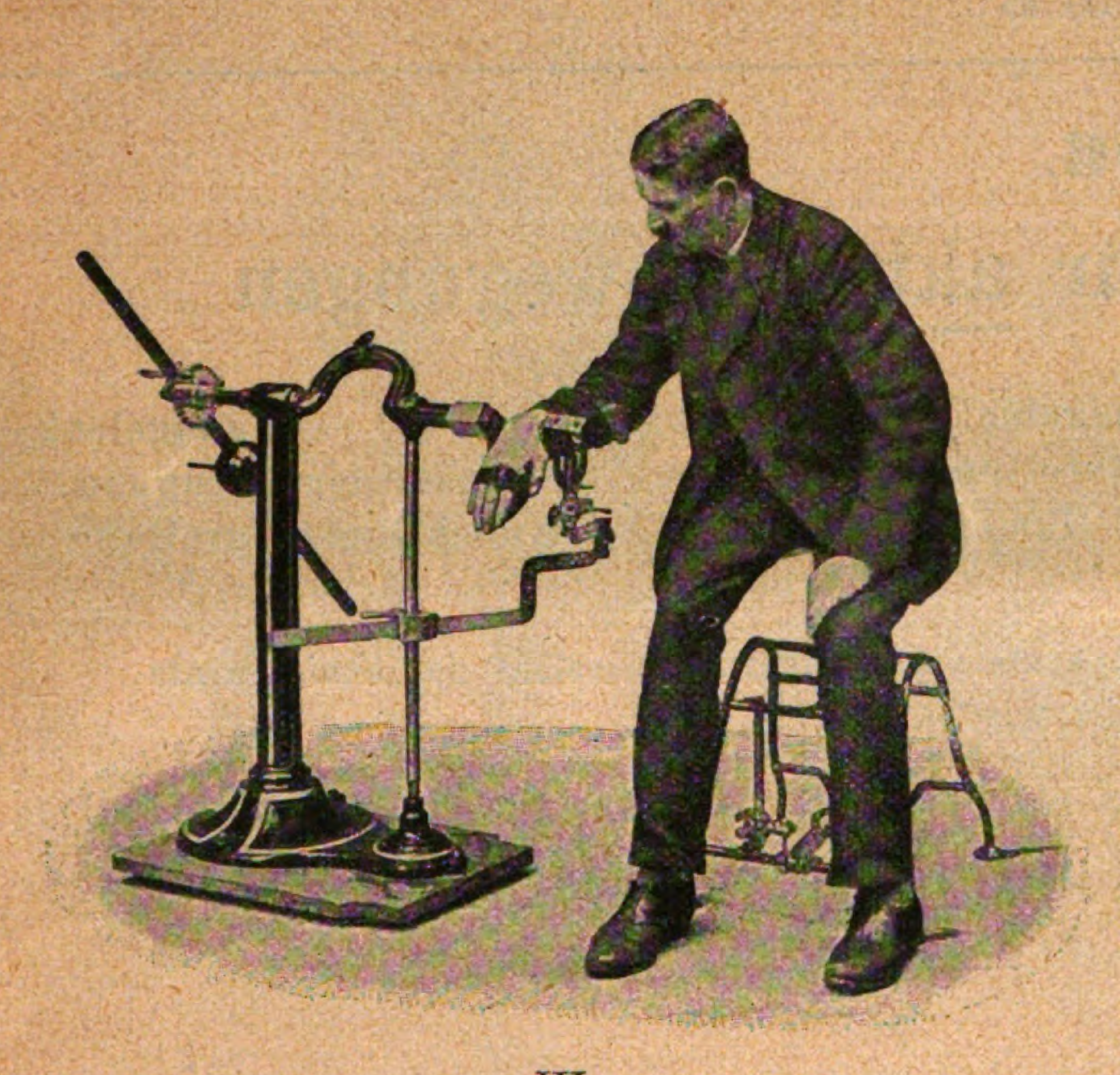
Die Schienenstücke Nr. 1, 3, 5, 6, 6a, 7, 11, 12, 17 und 18 passen auch auf den Gelenkbeugeapparat Nr. 200.



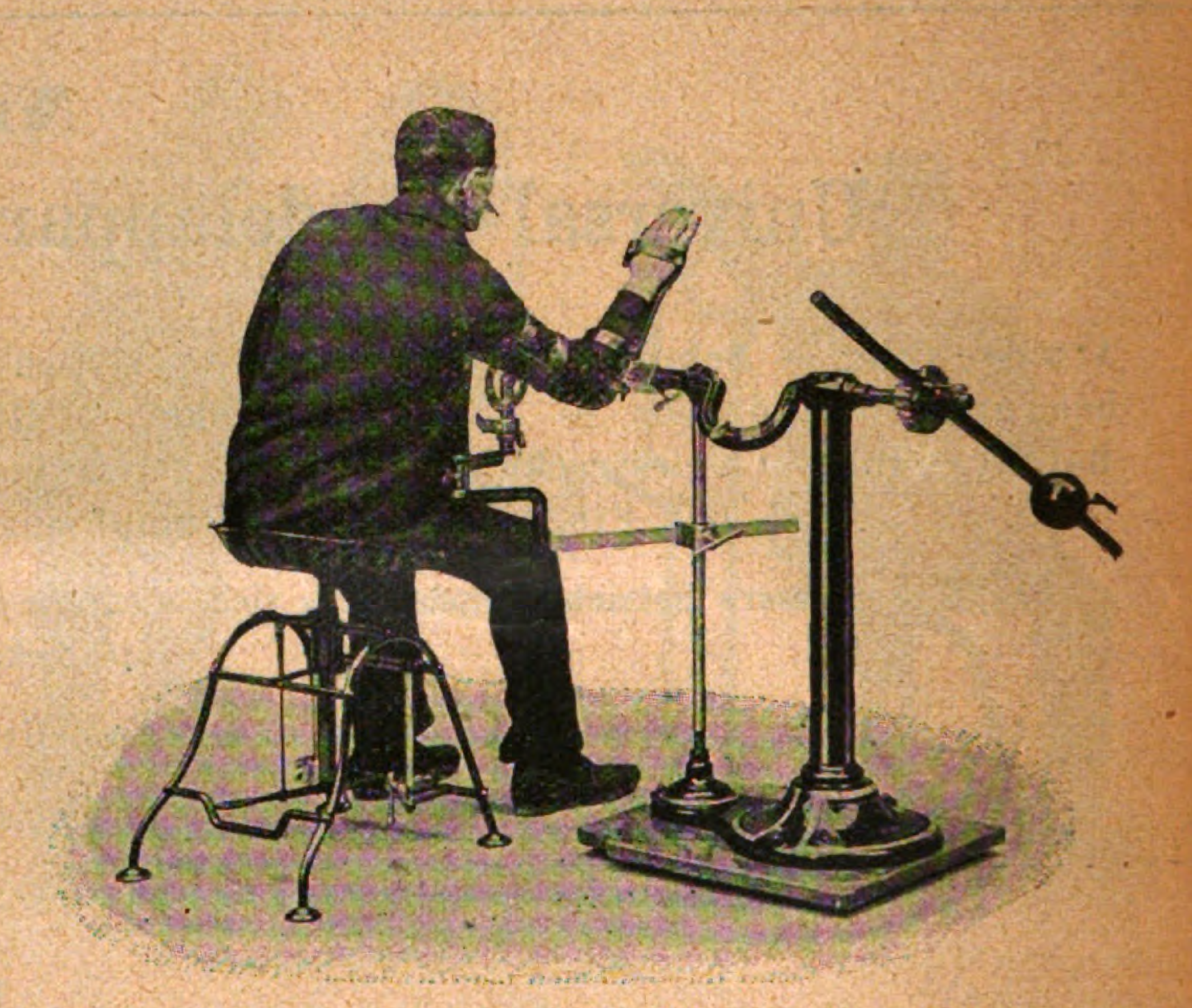
I.
Vorderarmdrehung.



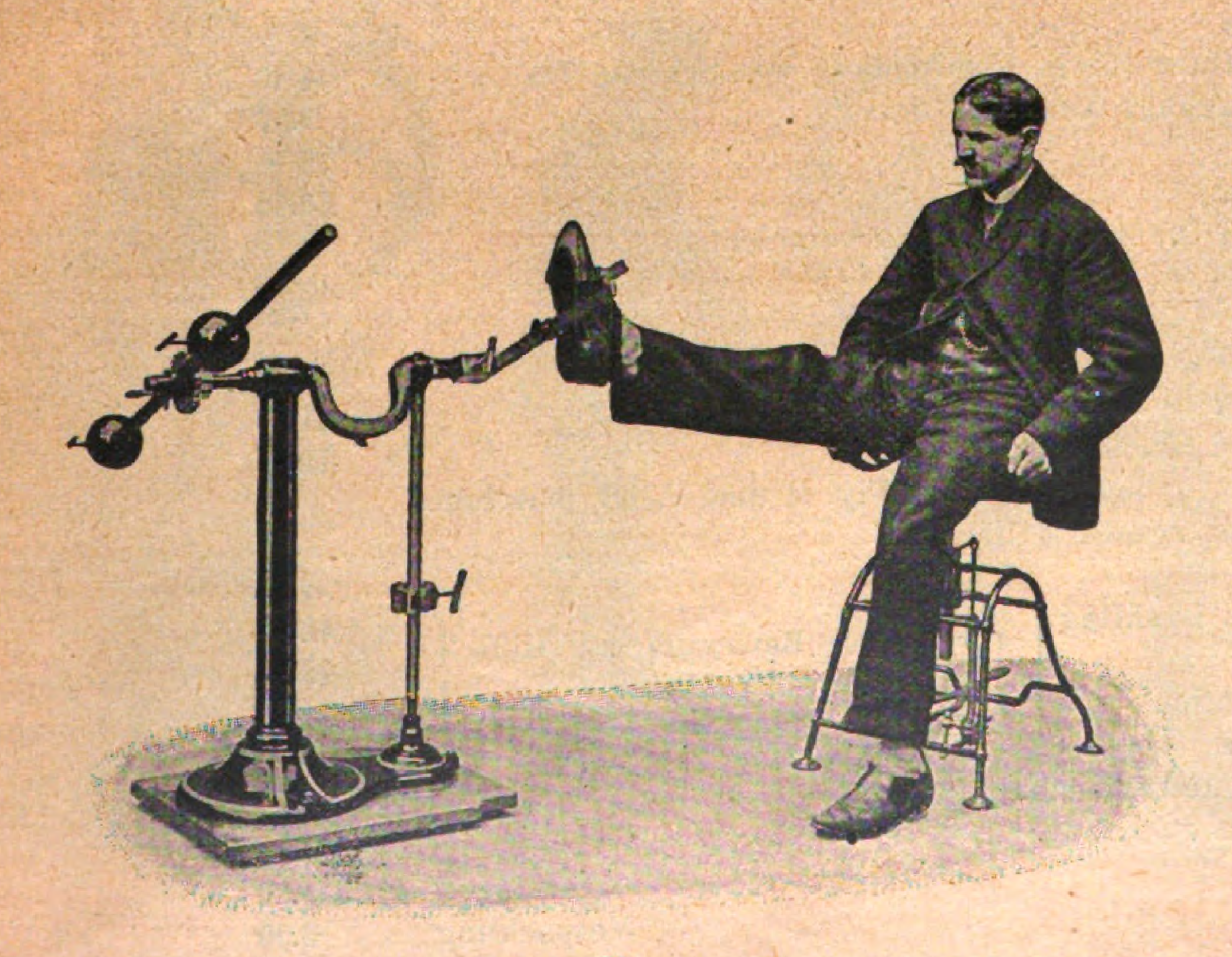
II.
Schultergelenksrollung (Armkreisen).



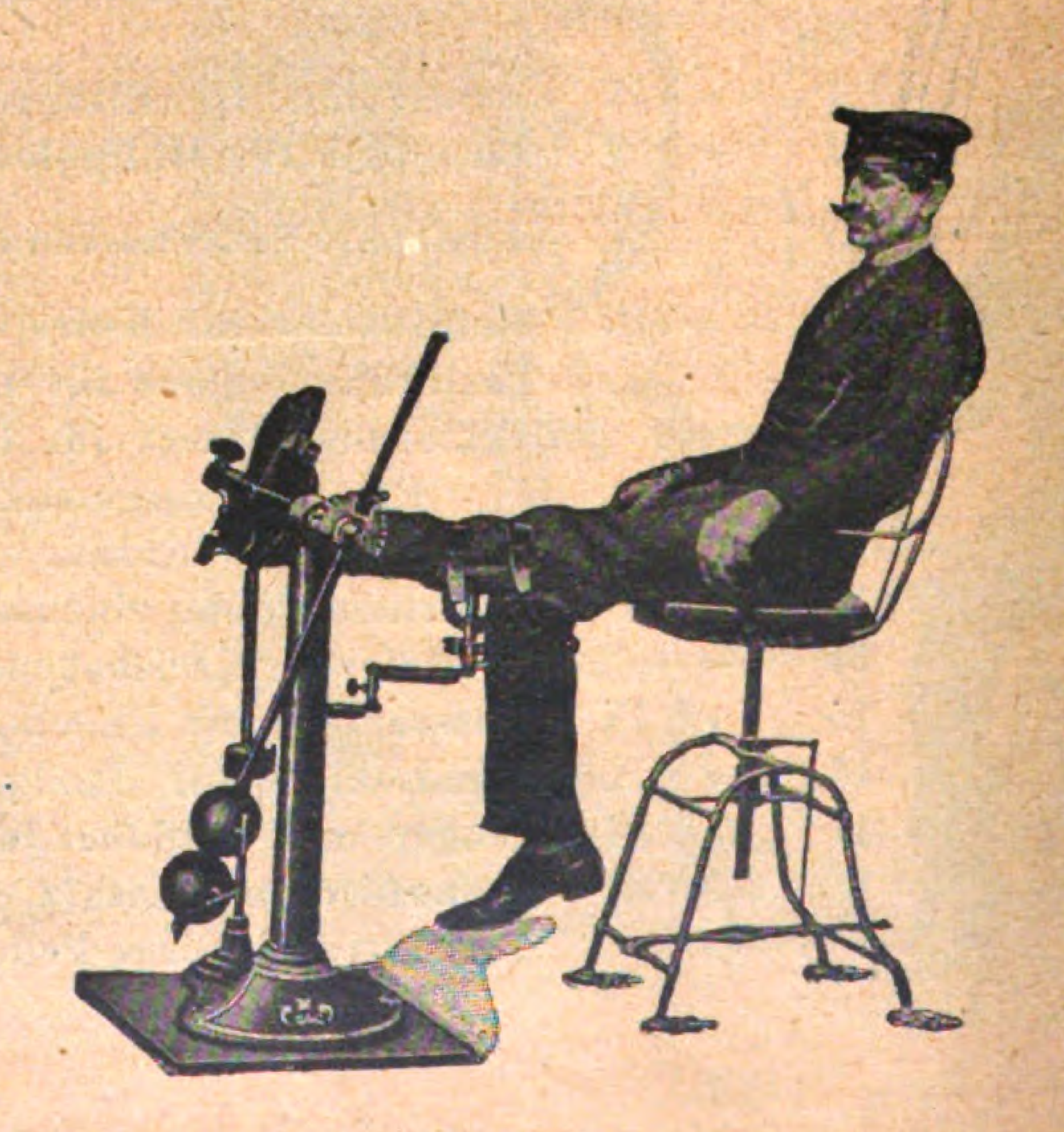
III.
Handgelenksbeugung.



IV.
Ellbogenbeugung.



V.
Hüftgelenksrollung (Beinkreisen).



VI.
Fussbeugung.

Verbesserte Gelenkbeuge-Apparate.

Dem Bedürfnisse entsprechend, billige, aber durchaus solide und brauchbare Apparate zur Behandlung von Gelenksteifigkeiten herzustellen, die durch ihren Preis auch den kleineren Instituten die Anschaffung möglich machen, haben wir zwei Apparate konstruiert, die einen vollkommenen Ersatz der teuren schwedischen bieten: einen für passive (Nr. 200) und einen für aktive Bewegungen (Universalpendel Nr. 206).

Diese Apparate sind jetzt noch mehr verstärkt und erheblich verbessert worden, so dass dieselben überall grossen Anklang finden.

Für grössere Betriebe empfiehlt es sich, noch einen oder mehrere nackte Apparate anzuschaffen, *auf welche der Schienensatz entsprechend verteilt wird.*

Nr. 200.

Gelenkbeugungs-Apparat für passive Bewegungen

für

Raddrehen — Armdrehung — Handgelenksbeugung (volar und dorsal) **— Handgelenksbeugung in Abduction — Ellbogenbeugung — Schultergelenksrollung** (Armkreisen) **— Fussbeugen — Beindrehung — Knie-, Hüft- und Fussgelenksbeugung — Kniestreckung und -beugung** (Unterschenkelschwingung) **— Armhebung** (Schultergelenksbewegung) **— Hand- und Fingerbeugung — Rumpfbeugen,** vor- und rückwärts **— Rumpfbeugen,** seitwärts.

Preise.

Nackte Maschine ohne alle Schienenstücke (verstärktes Modell) . . . . ℳ 195.—

Dieselbe kann nach Wahl mit folgenden Schienenstücken adjustiert werden:

Nr.	Bild	Schienenstück		ℳ
Nr. 1	Bild I	**Handgriff für Armdrehung**		ℳ 4.—
„ 2	„ I	**Tretschwengel für Knie-, Hüft- und Fussgelenksbeugung**		„ 15.—
„ 3	„ II	**Armschiene für Ellbogenbeugung**		„ 15.50
„ 4	„ II	**Handgriff für Armkreisen (Schultergelenksrollung)**		„ 4.—
„ 5	„ III	**Fusssohle für Beindrehung und Fussbeugung**		„ 7.50
„ 6	„ IV	**Handschiene für Handgelenksbeugung (volar und dorsal)**		„ 8.50
„ 6a		„ „ „ **in Abduction**		„ 9.—
„ 7	„ V	**Beinschiene für Kniestreckung (Unterschenkelschwingung)**		„ 23.50
„ 8	„ VI	**Schiene zur Schultergelenkshebung, rechts und links verwendbar**		„ 37.50
„ 11		**Fixierungsschiene für Unter- und Oberarm**	für die meisten Bewegungen notwendig	„ 10.—
„ 12		„ „ **Unter- und Oberschenkel**		„ 10.—
„ 17	„ VII	**Hand- und Fingerbeugung**		„ 22.—
„ 18	„ VIII u. IX	**Rumpfbeugung, seitwärts und vorwärts**		„ 40.—
			Zusammen	ℳ 401.50
			Verpackung	„ 5.—

Ansatz Nr. 18 ist nur verwendbar mit dem verstellbaren Stuhl Nr. 203.

Für Kinder können kleinere Schienen geliefert werden.

Beschreibung.

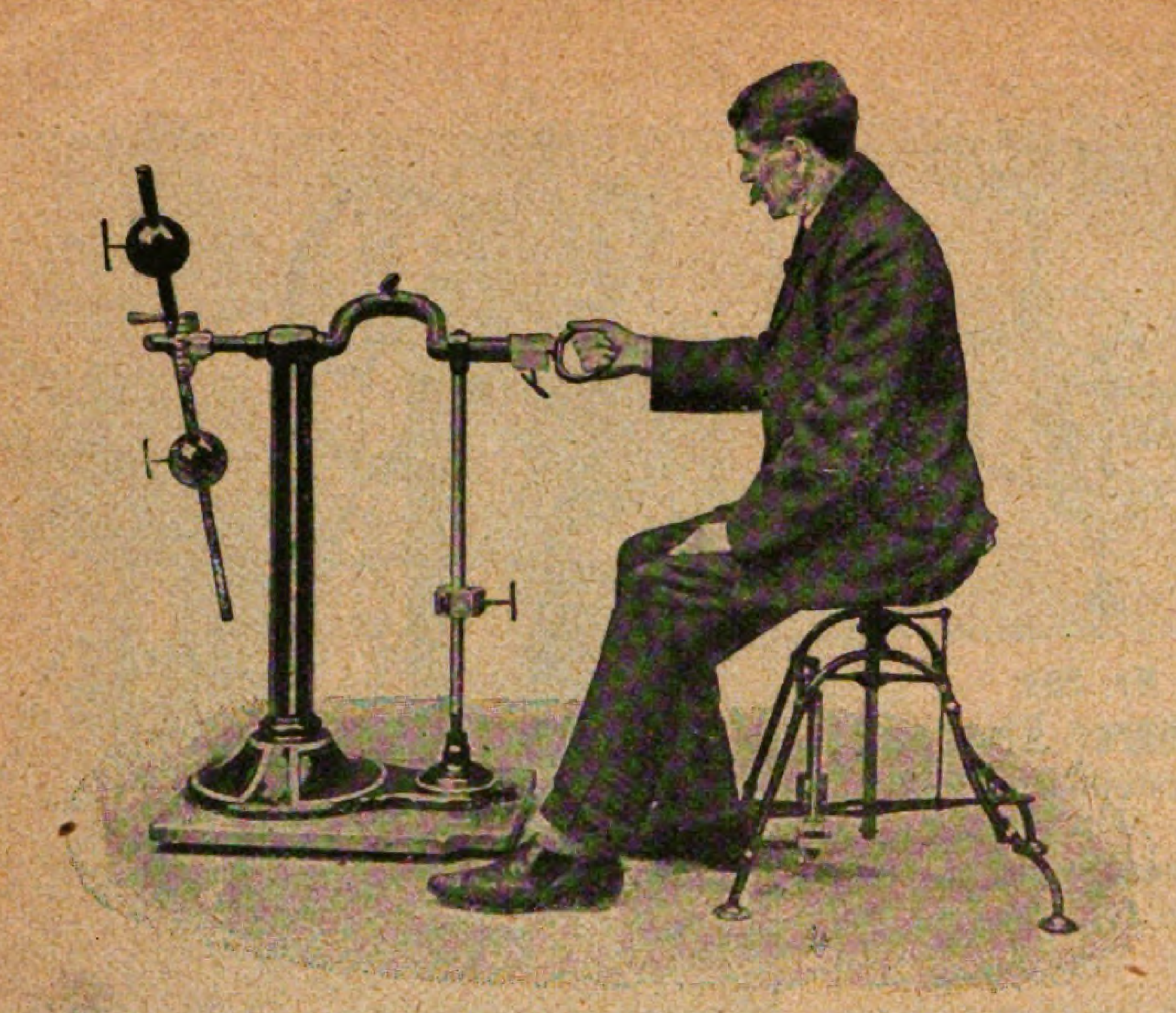
Der Apparat ist sehr einfach konstruiert, er besteht aus einer Säule mit Schwungrad, einer Achse *e* zum Aufstecken der Schienenstücke und der Verbindungsstange *d* vom Schwungrad und Achse.

Dreht man das Schwungrad, so wird die schienentragende Achse nicht die ganze Umdrehung mitmachen, sondern nur eine Teildrehung. Zur Regulierung dieser Teildrehung befindet sich am Schwungrade eine Schiebervorrichtung *c*, welche graduiert ist und durch das Stellrad fixiert werden kann. Die Graduierung von 0 bis 90 bezeichnet den Winkelausschlag der Schienen. 0° ist der tote Punkt, die stärkste Beugung 90°. Jeder zwischen diesen Grenzen liegende Winkel kann durch den Schieber *c* beliebig eingestellt werden, so dass die Möglichkeit gegeben ist, im Anfange der Behandlung einen für den Patienten fast unmerklich kleinen Ausschlag anzuwenden. Durch die Skala hat man gleichzeitig die beste Kontrolle über die Fortschritte des Patienten. Vermittels der Stellscheibe *f* kann man die Achse verdrehen, behufs besserer Anpassung der Schienenstücke für anormale Anfangsstellung der Extremitäten, z. B. Spitzfuss, oder behufs Verstärkung des Schienenausschlags speziell nach einer Seite.

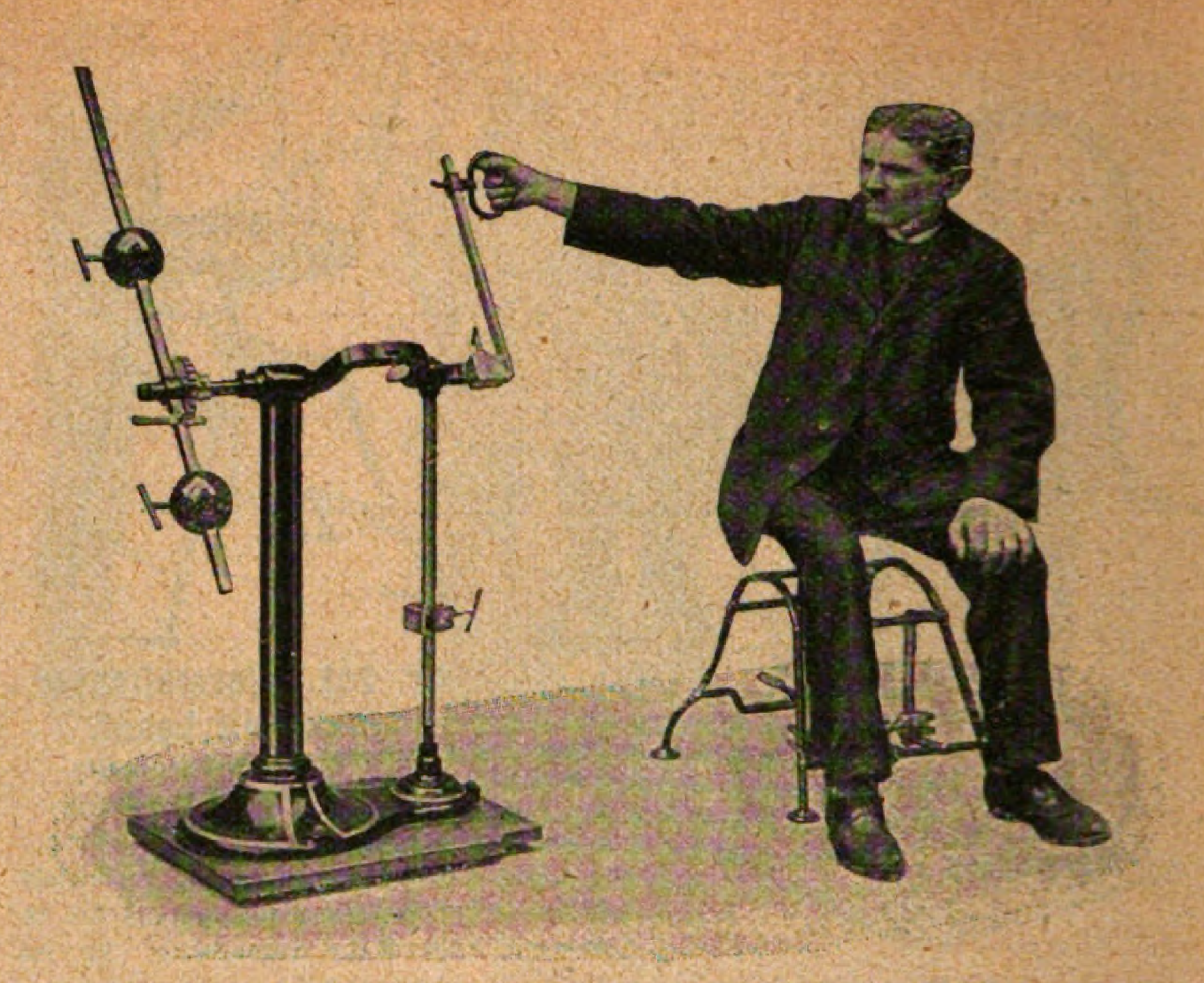
Eine ausführliche Gebrauchsanweisung wird jedem Apparat beigegeben.

Äusserste Flächenmasse des Apparates 130 × 140 cm, mit Übungsfläche ca. 230 × 330 cm.

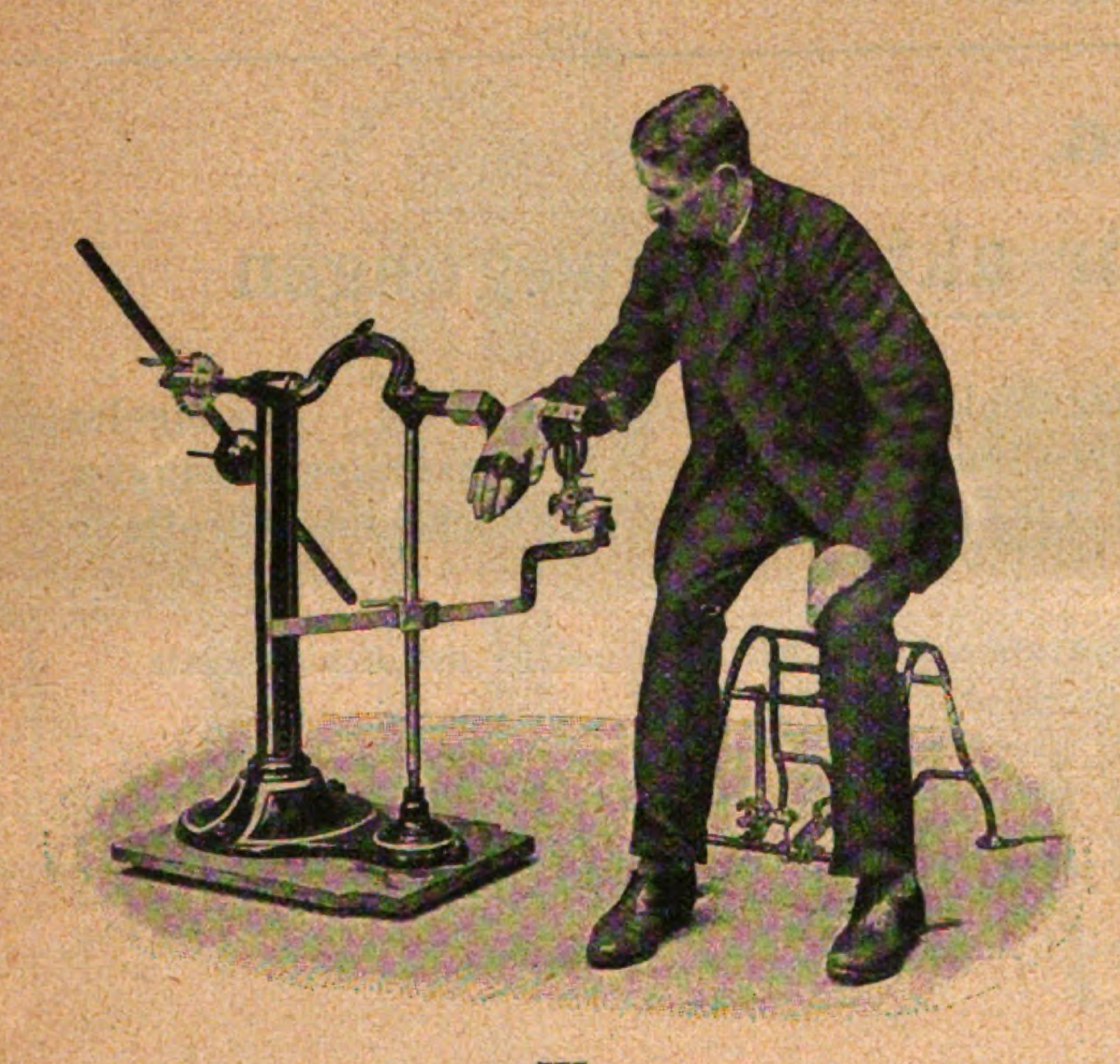
Derselbe Apparat mit Motorantrieb nach besonderem Anschlag.



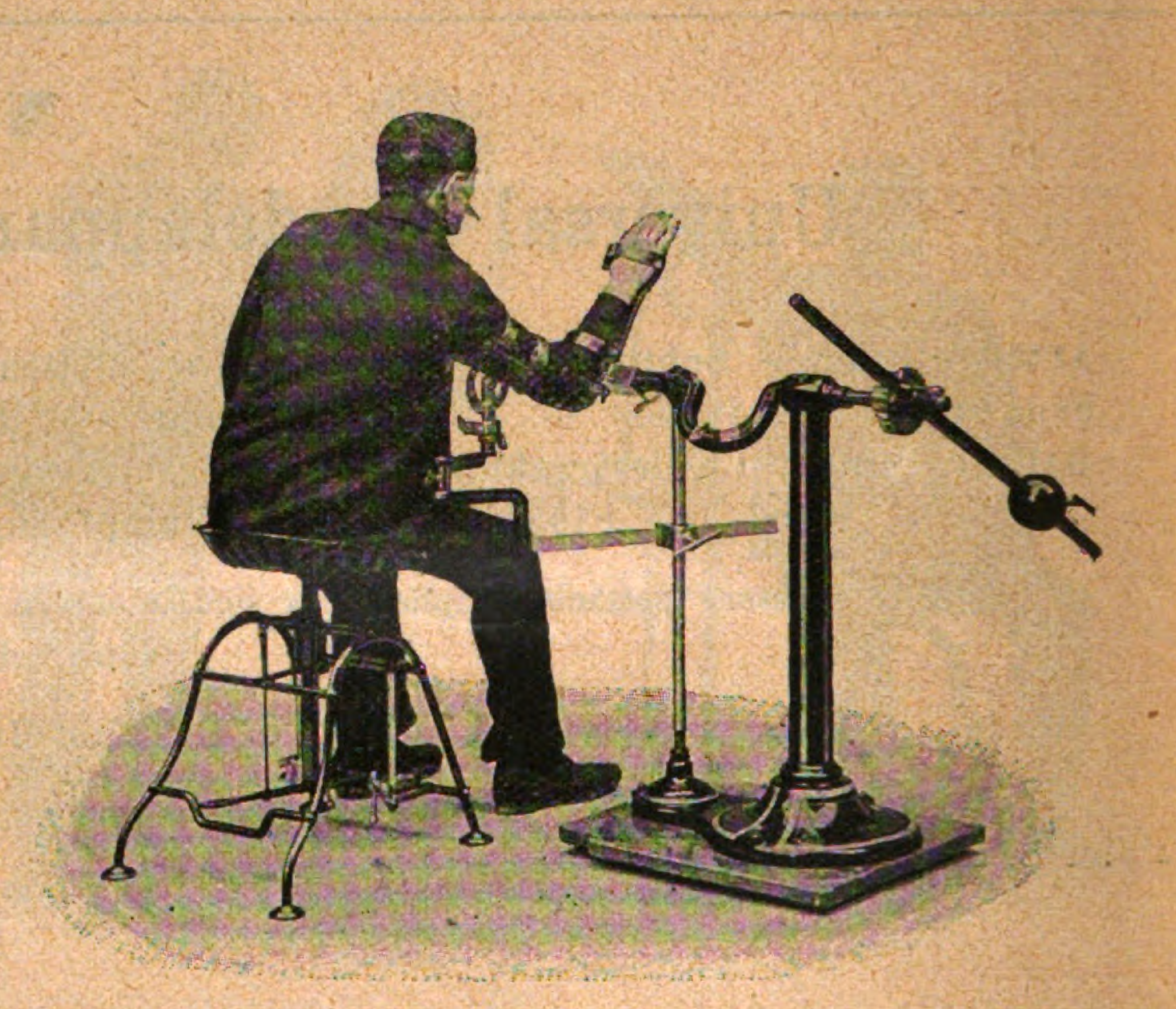
I.
Vorderarmdrehung.



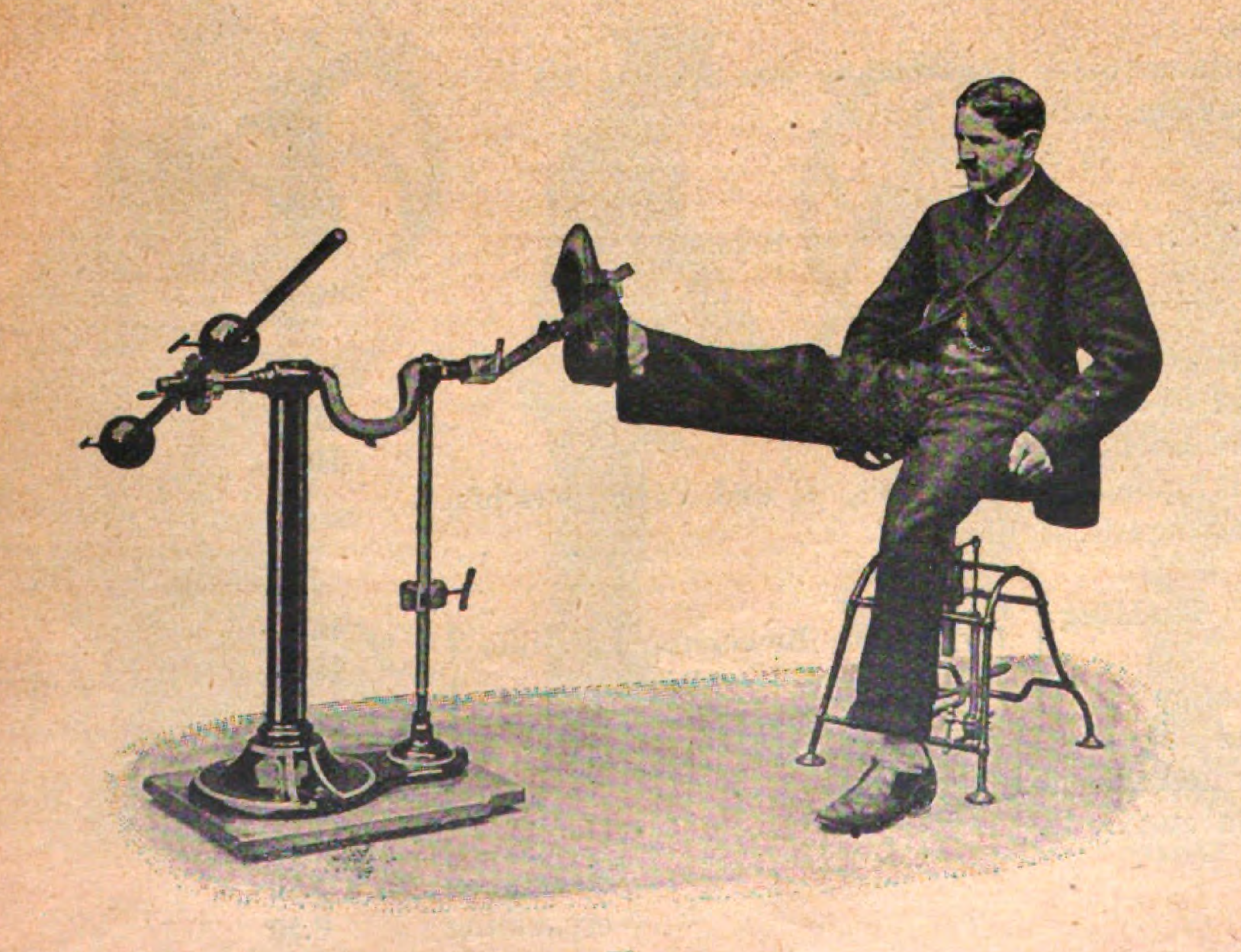
II.
Schultergelenksrollung (Armkreisen).



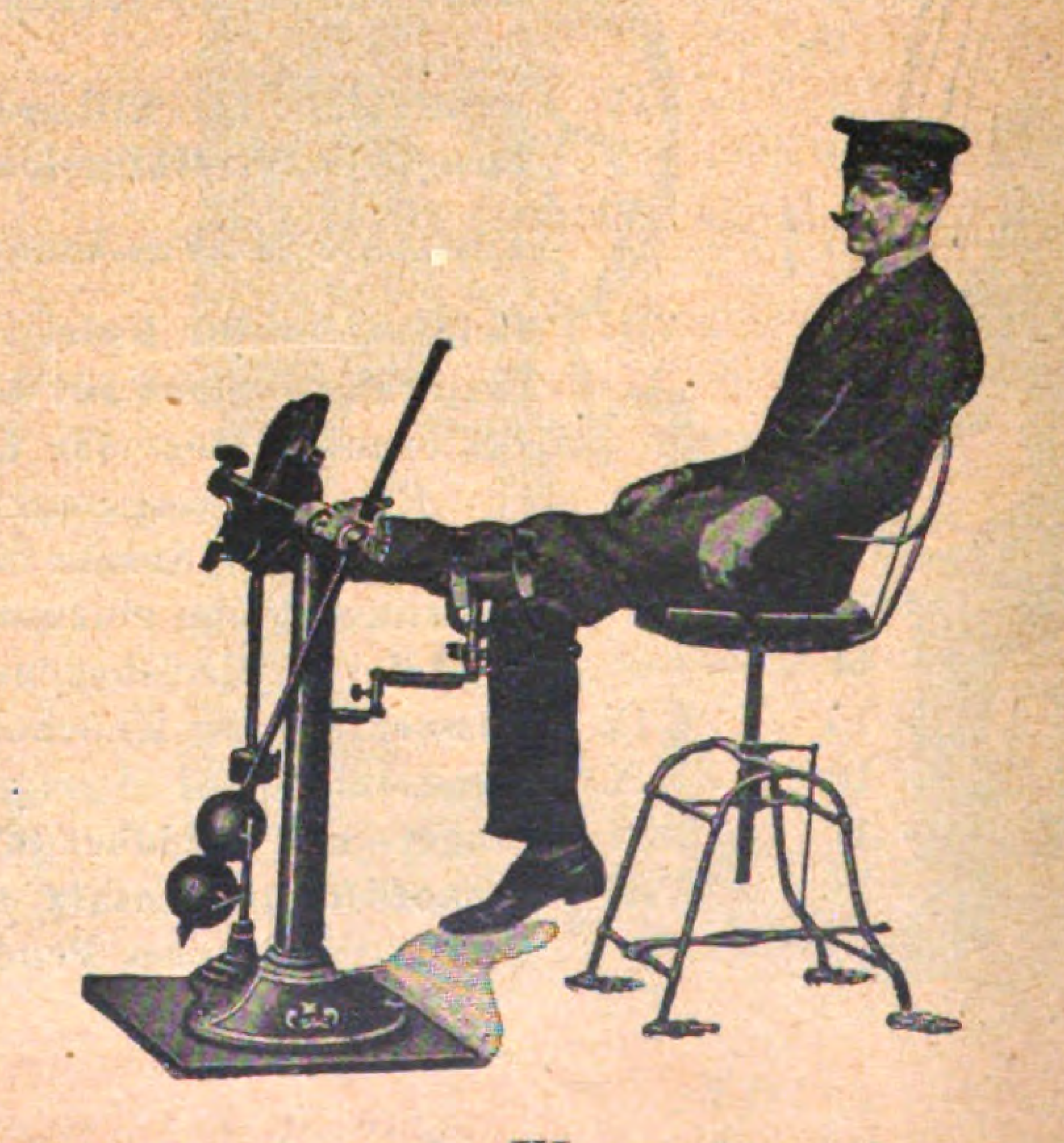
III.
Handgelenksbeugung.



IV.
Ellbogenbeugung.



V.
Hüftgelenksrollung (Beinkreisen).



VI.
Fussbeugung.

die verstärkte Oxydation der Stoffwechselprodukte, wie sie bei Diabetes in der Verminderung des prozentualen Zuckergehalts des Harns und analog bei Migräne, Menstrualkoliken etc. zum Ausdruck kommt. Als ersichtliche Wirkung auf das Nervensystem darf ferner das von allen Kranken bei Novozongebrauch hervorgehende erhöhte Wohlgefühl, die gehobene Spannkraft und Leistungsfähigkeit des Organismus gelten.

Alle diese Erscheinungen berechtigen zu der Annahme das Novozon werde in Zukunft ein brauchbares und willkommenes Mittel für die Praxis abgeben, falls weitere Beobachtungen die bisherigen Erhebungen bestätigen. Jedenfalls darf man heute schon sagen: Novozon ist ein Sauerstoffpräparat mit stark ausgeprägter Ernährungsfähigkeit der Gewebszellen, bewirkt schnelle Steigerung des Stoffwechsels und ist frei von schädlichen Nebenwirkungen.

Die Dauer der Anwendung von Novozonpräparaten war sehr verschieden. In der Mehrzahl der Fälle wurde es 6—8 Wochen hindurch gebraucht, so bei Blutentmischungen, Verdauungsstörungen und Konstipationen. Dann wurden Pausen von 1 Woche bis 1 Monat gemacht, und, im Bedarffalle, das Mittel weiter gegeben. Bei Neurasthenie wurde Novozon meist 3—4, aber auch 5 und 6 Monate gebraucht, bisweilen mit 1 oder 2-wöchentlichen Unterbrechungen. Bei Diabetes trat zwar gewöhnlich Verminderung der Glykosurie bereits am 5. bis 7. Tage ein, nahm dann aber nur langsam ab, so dass doch 2—3 Monate bis zu anhaltender Besserung vergingen. Zwei von den 6 verzeichneten Fällen dauerten bereits 8 und 9 Jahre und waren bereits bei Noorden, in Frankreich und Italien behandelt worden. Sie gingen wieder auf Reisen nachdem sie circa 3 Monate auf $^1/_6$—$^1/_2$% Zucker geblieben waren. Die 4 übrigen Fälle bestanden erst $1^1/_2$—$2^1/_2$ Jahre und gingen ebenfalls auf minimalen Zuckergehalt zurück, wonach ich seit einem halben Jahre nichts von ihnen weiss. Die durch Säureanhäufung im Blute bedingten Leiden wie Rheumatismus, Gicht etc. erforderten andauernden Gebrauch von Novozon, zumal wenn kristallinische Ablagerungen von Harnsäure vorlagen und gaben nur langsam und nicht durchschlagende Erfolge, wohingegen frei im Blute zirkulierende Harnsäure unvergleichlich leichter durch Novozongebrauch zu oxydieren und auszuführen ist.

Ich möchte noch erwähnen dass es sich bei länger dauerndem Novozongebrauch empfiehlt bisweilen mit Darreichung des Mittels zeitweise auszusetzen. Dies wird dann nötig, wenn der Kranke plötzlich einen gewissen Widerwillen besonders gegen Novozon-purum oder auch gegen Nov.-Nährsalz äussert. Gewöhnlich liegt dann starke Alkalescenz des Blutes vor und sondert der Urin nach Erkalten einen starken weissgrauen Bodensatz von kohlensaurer Magnesia ab. Dann unterbricht man die Einnahme von Novozon auf 5—6 Tage, reicht auch allenfalls noch 5—10 Tropfen Salzsäure nach den Mahlzeiten, wonach der Widerwille des Patienten gegen das Mittel und der Bodensatz im Harne schwindet. Bei Zuständen wie Asthma und Emphysem ist ja die stärkere Ausscheidung von Kohlensäure aus dem Blute mit Vorteil zu verwerten, während es sonst dem Takte des Arztes überlassen bleibt die richtige Mitte zwischen zu grosser Alkalescenz und Versäuerung des Blutes resp. des Harns einzuhalten.

Auf Grundlage aller vorstehenden Daten glaube ich das Novozon zu weiterer Anwendung und Prüfung empfehlen zu sollen.

Zu haben ist Novozon im Depot der Berliner Fabrik hieselbst, bei A. Eberhard (vormals Nippe) Demidow Pereulok, Nr. 2.

Schliesslich verweise ich noch auf eine neue, mir eben zugehende, hervorragende Arbeit von W. Ewald. Sie ist betitelt:

„Stoffwechselpsychosen" — die Störungen des Sauerstoffgaswechsels im menschlichen Organismus. Von Dr. med. W. Ewald, Würzburg 1907. A. Stubers Verlag. Auf dem Boden Pflügers und der vorn angeführten Erhebungen P. Ehrlichs stehend, bezweckt Ewald, bei umfangreichster Kenntnis neuester Forschung, durch geistvolle Deduktion und durchaus einwandsfreie Experimente nachzuweisen, dass Anomalien des Sauerstoffwechsels im Organismus möglich sind, dass sie auf vielerlei Art entstehen und auch durch Psychosen zum Ausdruck kommen können. Zunächst untersucht er die Bedingungen unter welchen sich normalerweise die Sauerstoffversorgung der elementaren Zellelemente vollzieht, welche Störungen dabei möglich und welchen Einfluss sie auf den Organismus üben könnten. Dabei giebt er mannigfache wertvolle Aufklärungen über die feineren physiologischen Vorgänge, welche sich zu diesem Zwecke vollziehen, über Sauerstoffversorgung und Verhalten des Proto- und Paraplasmas bei denselben, über Sauerstoffentziehung und ihr Gegenteil, über die Blutanomalien, die für die O_2-Verarmung in Betracht kommen, die Veränderungen des Hämoglobingehalts, der spezifischen Sauerstoffkapazität, des Katalasengehalts und der Alkaleszenz über die Funktion der Seitenketten der Zellen, der Rezeptoren- und Amborezeptorenapparate der Zellen und überhaupt reiches, für das Sauerstoffheilverfahren im allgemeinen wertvolles Material. Den Schluss bildet die Schilderung seiner Bestimmungsweise 1) der spezifischen Sauerstoffkapazität (nach Haldane in der Modifikation von Franz Müller) 2) der Bestimmung der Blutalkaleszenz 3) der Bestimmung des Katalasengehalts (oxydative Blutfermente) 4) Bestimmung des Hämoglobingehalts und 5) des spezifischen Gewichts. Alle diese Daten verwendet Ewald sodann für seinen Zweck, die Aetiologie der Psychosen.

Man kann dieser gediegenen Arbeit hohe Anerkennung nicht versagen. Sie stellt die Wichtigkeit des Sauerstoffmangels und der Sauerstoffversorgung des Organismus in die ihr zukommende Beleuchtung, woher ich nicht verfehle auf dieselbe besonders hinzuweisen.

Bücheranzeigen und Besprechungen.

J. Veit: Handbuch der Gynaekologie. Band I. Wiesbaden. Verlag von J. F. Bergmann.

Die zweite Auflage des allgemein bekannten Handbuchs von Veit ist zum Teil unter Mitwirkung früherer bewährter Mitarbeiter zum Teil neuer Kräfte erschienen. Gebhard, Gessner, Löhlein und Viertel sind durch den Tod ausgeschieden und durch Andere ersetzt. Der Charakter des Handbuchs ist dadurch nicht verändert. Die Myome und Fibrome des Uterus sind von Meyer, die Aetiologie, Symptomatologie, Diagnose und Prognose derselben von Veit, die elektrische Behandlung von Schäffer, die palliative Behandlung und die vaginalen Operationen gleichfalls von Veit, die abdominalen Myomoperationen und die Komplikationen der Myome mit Schwangerschaft von Olshausen bearbeitet worden. Küstner's Feder entstammt die Schilderung der Lageanomalieen und Franz bespricht die Verhütung der Infektion in der Gynaekologie. Küstner verweilt ausführlich bei der Schilderung der verschiedenen operativen Eingriffe bei Retroflexio uteri und beleuchtet die verschiedenen Operationsresultate. Umfassend ist die Myomfrage von den verschiedensten Gesichtspunkten behandelt und die Erfahrungen, welche die verschiedenen Operateure in den letzten Jahren auf vaginalem und abdominalem Wege gesammelt, mitgeteilt.

Es ist ein schönes, vornehmes Werk mit vorzüglich ausgeführten Abbildungen, das für den Spezialisten, sowie für Jeden, der Gynaekologie treibt, von grossem Wert ist.

Lingen.

Dr. Victor Emanuel von Severin †.

Wieder hat der Tod eine Lücke in den Kreis der Kommilitonen gerissen: am 18. Sept. 8 Uhr Abends ist Dr. Severin gestorben.

Dr. Severin war in St. Petersburg im Jahre 1842 am 29. Dez. geboren. Nach Beendigung der St. Annenschule hierselbst besuchte er noch ein Gymnasium in Zittau und bezog darauf die Landesuniversität zu Dorpat. Als allgemein geachtetes und geliebtes Mitglied gehörte er der Korporation Curonia an und machte als Assistent Prof. E. Bergmann's den deutsch-französischen Krieg mit. Dann zog er nach St. Petersburg, trat als Assistent in das Kinderhospital des Prinzen von Oldenburg ein und widmete sich hier unter Prof. von Wahl's Leitung speziell der Chirurgie. Aber schon nach wenigen Jahren erging an ihn der ehrenvolle Ruf, die chirurgische Abteilung am Nikolai-Kinderhospital zu übernehmen. Diesem Hospital nun widmete Severin seine ganze Kraft und Liebe, diesem Hospital und der Arbeit an demselben ist er treu geblieben bis zu seinem Lebensende. Bis zum Jahre 1899 leitete er die chirurgische Abteilung, übergab dieselbe jüngeren Kräften und übernahm nun die innere Abteilung, die er bis zur Vollendung seiner 30-jährigen Dienstzeit am Nikolai-Kinderhospital leitete. Aber auch mit seinem offiziellen Abschied vom Hospital gab er die ihm lieb und zur Gewohnheit gewordene Arbeit nicht auf, bis zu seinem Tode hat er noch, allerdings in beschränktem Masse weiter an demselben gearbeitet, wenn auch seine geschwächten Kräfte ihm den Dienst oft nicht leicht werden liessen.

Konnte Severin gewiss bei flüchtiger Bekanntschaft ab und an etwas schroff und absprechend erscheinen, wer ihn genauer kannte, der musste ihn schätzen und lieben, denn scharfer Verstand, tiefes Gemüt und sprudelnder Humor zeichneten ihn aus. Diese Eigenschaften verbunden mit einem reichen Schatz von Kenntnissen und praktischer Erfahrung erwarben ihm bald einen grossen Freundeskreis sowie eine ausgebreitete Klientel. Treu in seiner Arbeit, treu in seiner Freundschaft und treu in seiner Liebe und Anhänglichkeit an seine engeren Landsleute, so wird er uns allen, die wir ihm nahe gestanden, in der Erinnerung bleiben. Wer, wie Schreiber dieser Zeilen, 30 Jahre mit ihm zusammen an demselben Hospital gearbeitet hat, der kann die Grösse des Verlustes ermessen, den Severin's Tod seinen Freunden und seinen zahlreichen Patienten verursacht hat.

Ausgebreitete Arteriosclerose mit stark affiziertem Herzen, quälende Neuralgien sowie gichtische Erscheinungen machten sich seit c. 10 Jahren geltend. Wiederholte Kuren in Kissingen, wie noch im jüngst verflossenen Sommer, brachten ihm nur vorübergehende Erleichterung. Kaum aus dem Ausland zurückgekehrt, ging er hier wieder an die Arbeit und selbst noch am Tage seines Todes hat er seine Patienten besucht. Ein plötzlicher Tod entriss ihn mitten aus der Arbeit seiner Familie und seinen vielen Freunden. Schlaf' wohl, du treuer Kamerad, ruhe in Frieden!

Dr. E. H.

Tagesnachrichten.

Personalia.

— Die Gesellschaft praktischer Aerzte in Riga hat auf ihrer Jahresversammlung am 15. September, an Stelle des statutenmässig zurücktretenden Dr. Paul Klemm, Dr. Ernst Ssokolowski zum Präses gewählt.

— Der verabschiedete Oberarzt des Krankenhauses Kaiser Pauls I. in Moskau, Dr. G. Uranossow, ist zum Geheimrat befördert worden.

— Der Direktor der Mohilewschen Zentralhebammenschule, Staatsrat Dr. Lipinski, ist zum ausseretatmässigen älteren Medizinalbeamten bei der Verwaltung des Obermedizinalinspektors ernannt worden.

— Das Ehrenmitglied der Elisabeth-Wohltätigkeitsgesellschaft in Moskau und Direktor der Moskauer Marienschule des Damen-Armenkuratoriums, wirkl. Staatsrat Dr. Kurowski, ist zum Gehülfen des Chefs des Medizinalwesens an den Anstalten der genannten Wohltätigkeitsgesellschaft ernannt worden, unter Belassung in den bisher von ihm bekleideten Aemtern.

— Der Divisionsarzt der X. Infanteriedivision, Staatsrat Dr. M. Myschkin, ist auf sein Gesuch mit Uniform und Pension verabschiedet worden.

— Zum Direktor des städtischen Kalinkinhospitals ist von der städtischen Hospitalkommission der langjährige Ordinator dieses Hospitals, Dr. Matthias Ussas, gewählt worden. Die Wahl ist auch vom Stadtamte anerkannt worden, da Dr. Ussas seit dem Beginn seiner ärztlichen Tätigkeit, also seit 37 Jahren mit Erfolg am Kalinkinhospital gewirkt hat.

— Der Direktor des Nikolai-Kinderasyls in St. Petersburg, Konsultant bei den St. Petersburger Erziehungsanstalten des Ressorts der Kaiserin Maria und älterer Ordinator am Elisabeth-Kinderhospital, wirkl. Staatsrat Dr. Lunin, ist auf eigenes Ersuchen der erstgenannten Stellung enthoben worden.

— Zum ordentlichen Professor und Direktor der chirurgischen Klinik der Universität Greifswald ist an Prof. Dr. Friedrichs Stelle der ausserord. Professor Dr. Erwin Payr in Graz ernannt worden.

— Den bei der Vorbereitung des soeben geschlossenen internationalen Kongresses für Hygiene und Demographie in Berlin tätig gewesenen Berliner Aerzten: Oberstabsarzt Dr. Nietner, Generalsekretär des Kongresses, ferner Stabsarzt Dr. W. Hoffmann, Schriftführer des Ausstellungskomitees, und Dr. Arthur Kayserling, ständigem Generalsekretär des deutschen Zentralkomitees zur Bekämpfung der Tuberkulose, ist in Anerkennung ihrer Verdienste um den Kongress und die damit verbundene Hygieneausstellung der Professortitel verliehen worden.

— Prof. Dr. Robert Koch wird mit seinen wissenschaftlichen Mitarbeitern zu Ende des Oktobers n. St. von seiner Afrikareise nach Berlin wieder zurückkehren.

Nekrologe.

1) In St. Petersburg der frühere Bezirksarzt am St. Petersburger Findelhause, Staatsrat Dr. Johann Podgaecki, im 54. Lebensjahre. Als praktischer Arzt ist der Verstorbene seit 1883 tätig gewesen. 2) Vor einigen Monaten in einem städischen Armenhause in Moskau der ehemalige Stadtarzt von Wereja (Gouv. Moskau) Dr. Felix Schubert im hohen Alter von 86 Jahren. Der Verstorbene, welcher i. J. 1862 die Venia practicandi erlangt hatte, ist sukzessive Bezirksarzt in Kaluga, Stadtarzt in Wolokolamsk, darauf in Wereja gewesen, bis er i. J. 1887 verabschiedet wurde. 3) In Riga am 1. September der Moskauer Arzt Max Lunz. 4) In Berlin der bekannte Frauenarzt Prof. Dr. med. et phil. Robby Kossmann im Alter von 58 Jahren an einer Blutvergiftung. Vor einem Jahre hatte er sich bei einer Operation eine Blutvergiftung zugezogen, die anfangs keine üblen Folgen nach sich zog. Vor ca. 3 Wochen stellten sich jedoch schwere Nachwirkungen ein, so dass der linke Arm amputiert werden musste. Da die Folgen der Blutvergiftung dadurch nicht aufzuhalten waren, so sollte auch der linke Fuss abgenommen werden — da erlöste der Tod ihn von seinen Qualen. Prof. Kossmann war ursprünglich Naturforscher und wirkte in dieser Eigenschaft von 1873—1890 als Privatdozent und ausserord. Professor der Zoologie an der Universität Heidelberg. Dann wandte er sich der Geburtshülfe und Gynäkologie zu und liess sich als Frauenarzt in Berlin nieder, wo er sich bald eine grosse Klientel erwarb und grosses Ansehen in der Aerztegesellschaft genoss, welche ihn zum stellv. Vorsitzenden der Aerztekammer Berlin-Brandenburg wählte. Er ist auch mehrfach literärisch in seinem Spezialfache hervorgetreten und hat u. a. die «Krankheiten der Nebeneierstöcke» in Prof. Martins Handbuch der Frauenkrankheiten bearbeitet. 5) In Leipzig der Prof. extraord. der Zoologie und vergleichenden Anatomie Dr. William Marshall im eben vollendeten 67. Lebensjahre. Von ihm stammt u. a. die Bearbeitung des X. Bandes (niedere Tiere) von Brehms «Tierleben» in der III. Auflage.

Von Universitäten und med. Instituten.

— Die Vorlesungen an den Universitäten haben bis jetzt ohne Störungen stattgefunden, obschon gleich zu Beginn des neuen Semesters die studentischen Gruppen der Sozialrevolutionäre und Sozialdemokraten wieder Proklamationen erlassen haben, in denen sie erklären, dass «sie die Universität öffnen», um den Kampf gegen die Reaktion und für eine weitgehende Autonomie und Freiheit fortzusetzen. Eindruck scheinen diese Erklärungen auf die Mehrzahl der Studenten indessen nicht gemacht zu haben, da die Beschäftigungen in den Universitäten ruhig vor sich gehen. Uebrigens hat auch der Verband der Akademisten in einem Aufrufe die Tätigkeit der studentischen Seniorenräte sowie die Veranstaltung von Meetings in den Auditorien verurteilt und es offen ausgesprochen, dass die Rettung der Universität nur dann zu erwarten ist, wenn aus ihr der politische Kampf verbannt wird.

— Das Schicksal der im Frühjahr aus der militär-medizinischen Akademie ausgeschlossenen Studenten ist noch immer nicht entschieden. Die Professorenkonferenz der Akademie erachtete nämlich in ihrer Extrasitzung am 18. September das von der Kommission bezüglich der relegierten Studenten gesammelte Material nicht für genügend und beschloss daher eine neue Kommission aus drei Professoren zu bilden, welche zur nächsten Sitzung ihr Gutachten über einen jeden der ausgeschlossenen Studenten vorstellen soll. Die neue Kommission besteht aus den Professoren Weljaminow (Präses), L. Belljarminow und W. Ssirotinin. Die nächste Konferenzsitzung ist vom Chef der Akademie auf den 25. September anberaumt worden. Wie verlautet, sollen übrigens nur 15 von den 39 ausgeschlossenen Studenten um ihre Wiederaufnahme in die Akademie nachgesucht haben, während die übrigen bereits in andere Lehranstalten eingetreten sind.

— Eine deutsche Medizinschule wurde am 11. Oktober n. St. in Schanghai feierlich in Gegenwart des deutschen Generalkonsuls, der chinesischen Lokalbehörden sowie der Dozenten und Aerzte eröffnet. Acht Militärschüler aus Nanking werden im neuen Institut auf Regierungskosten ausgebildet; ausserdem sind 23 Schüler eingetreten.

Standesangelegenheiten.

— Vor kurzem hat in Moskau eine Vorstandssitzung der Pirogowschen Aerztegesellschaft stattgefunden, in welcher über die Forderung von Gouverneuren in verschiedenen Gouvernements, dass die Aerzte die Namen durch Feuerwaffen Verwundeter, welche sich an sie wenden, angeben sollen, beraten wurde. Es wurde beschlossen, diese Forderung unbedingt abzulehnen und die Aufhebung dieser Forderung zu bewirken.

— In Pensa ist der Ordinator der psychiatrischen Abteilung des Landschaftshospitals Dr. E. Kopystinski aus dem Dienst entfernt und in 24 Stunden aus dem Pensaschen Gouvernement ausgewiesen worden, weil während seiner Nachtdejouren einmal eine dort internierte politische Arrestantin und ein anderes Mal zwei Kriminalarrestanten aus dem Hospital entlaufen sind.

— Vom Amte entfernt sind auf Anordnung der betreffenden Gouverneure der Landschaftsarzt im Podolskischen Kreise (Gouv. Moskau) Dr. N. Ssokolow und der Gouvernements-Sanitätsarzt Dr. M. Gran in Ssamara.

— Verhaftung eines Arztes. In der von der Twerschen Gouvernements-Landschaft unterhaltenen Irrenkolonie im Kirchdorfe Buraschewo wurde der Direktor der Kolonie Dr. Eugen Klevesahl, in dessen Wohnung bei einer in der Nacht vom 17. auf den 18. September vorgenommenen Haussuchung zwei junge Mädchen festgenommen wurden, von der Gendarmerie verhaftet. Dr. Klevesahl wurde, dem «Russkoe Sslowo» zufolge, nach Twer ins Gefängnis gebracht.

— Wie die Zeitung «Ssewodnja» mitteilt, ist das ganze medizinische Personal des Stadtkrankenhauses in Barnaul (Gouv. Tomsk) kassiert worden: der Arzt Jewfratow wurde verhaftet und der zweite Arzt Smirnow, der Feldscher Palma sowie die Feldscherin Nathanson wurden aus dem Dienst entlassen. (R. Wr.).

Verschiedene Mitteilungen.

— Für die Begründung einer Robert Koch-Stiftung zur Bekämpfung der Tuberkulose erlässt ein Komitee, dass sich unter dem Vorsitz des preussischen Staatsministers Dr. v. Studt gebildet hat, einen Aufruf. Die Stiftung, die aus Anlass des 25-jährigen Gedenktages der Entdeckung des Tuberkelbazillus durch Robert Koch errichtet und somit der Erinnerung an die grundlegende Beobachtung für die Erforschung der gesamten menschlichen Infektionskrankheiten gewidmet wird, stellt sich, abgesehen von der Ehrung des Forschers, die Aufgabe, wissenschaftliche Arbeiten und damit auch praktische Bestrebungen zur Bekämpfung der Tuberkulose aus ihren Mitteln zu unterstützen. Dem Komitee gehören Minister, hervorragende Aerzte und Beamte, Industrielle etc. aus allen Teilen des deutschen Reiches an. Beiträge werden an das Bankhaus S. Bleichröder, Berlin, Behrenstrasse 63, erbeten.

— Ein Denkmal für den unlängst verstorbenen berühmten Psychiater Professor Dr. Mendel wird in dem Berliner Vororte Pankow, wo der Verstorbene so lange gewirkt hat, errichtet werden. Das Denkmal, dessen Kosten die Gemeinde Pankow allein tragen wird, soll den Gelehrten möglichst in ganzer Figur darstellen.

— Typhus durch Genuss von Austern. Professor Netter hat, wie die «D. med. Woch.» mitteilt, der Pariser Académie de Médecine über 120 Fälle von Infektionen verschiedener Form infolge Genusses von Austern berichtet, die sämtlich im Laufe von 4 Monaten in verschiedenen Orten Frankreichs aufgetreten und auf den Genuss von Austern aus dem Austernpark von Cette zurückzuführen waren. Die 120 Infektionen, worunter 30 Typhusfälle, erstrecken sich auf 36 Familien in Cette und anderen Orten, nach welchen diese Austern gesandt worden waren. So kamen z. B. in Autun, wo 400 Austern aus Cette bezogen waren, 30 Infektionen mit 11 Typhusfällen vor, von denen 4 tödlich verliefen. In Creusot wurden 11 Erkrankungen mit viermal Typhus, in Toulouse 7 Infektionen mit 2 Todesfällen, in Agen in einer Familie von 4 Personen 3 Erkrankungen konstatiert. Die aus dem Austernpark von Cette stammenden Tiere sind deshalb so gefährlich, weil dieser in den Kanälen der Stadt, in welche die Abfälle der 35,000 Einwohner abgeschwemmt werden, angebracht ist. Netter verlangt daher, dass durch Polizeiverordnungen der Verkauf aller Austern aus unreinem Wasser verboten werde.

Bf.

— Die Gesamtzahl der Kranken in den Zivilhospitälern St. Petersburgs betrug am 8. Sept. d. J. 10712 (111 mehr als in der Vorwoche), darunter 745 Typhus — (48 wen.), 925 Syphilis — (4 wen.), 245 Scharlach — (11 mehr), 246 Diphtherie — (13 wen.), 60 Masern — (17 mehr), und 4 Pockenkranke — (1 wen. als in der Vorw.).

— Die Gesamtzahl der Sterbefälle in St. Petersburg betrug in der Woche vom 2. bis zum 8. Sept. d. J. im ganzen 664 (355 M., 309 W.), darunter an folgenden Krankheiten:

Typhus exanth. 0, Typhus abdom. 20, Febris recurrens 0, Typhus ohne Bestimmung der Form 0, Pocken 0, Masern 12, Scharlach 12, Diphtherie 26, Croup 0, Keuchhusten 12, Kroupöse Lungenentzündung 18, Erysipelas 0, Grippe 5, Katarrhalische Lungenentzündung 32, Ruhr 3, Epidemische Meningitis 2, Akuter Gelenkrheumatismus 0, Parotitis epidemica 0, andre Krankheiten 118, Anthrax 0, Hydrophobie 0, Puerperalfieber 1, Pyämie und Septicaemie 5, Tuberkulose der Lungen 84, Tuberkulose anderer Organe 9, Alkoholismus und Delirium tremens 3, Lebensschwäche und Atrophia infantum 43, Marasmus senilis 21, Krankheiten des Verdauungskanals 118, Totgeborene 48.

Am 15. Sept. d. J. betrug die Zahl der Kranken 10798 (86 mehr als in der Vorwoche.), darunter 712 Typhus — (33 wen.), 972 Syphilis — (47 mehr), 262 Scharlach — (17 mehr), 251 Diphtherie — (5 mehr), 51 Masern — (9 wen.) und 3 Pockenkranke (1 wen. als in der Vorw.)

— Die Gesamtzahl der Sterbefälle in St. Petersburg betrug in der Woche vom 9. bis zum 15. Sept. d. J. im ganzen 663 (371 M., 292 W.), darunter an folgenden Krankheiten:

Typh. exanth. 0, Typh. abd. 16, Febris recurrens 0, Typhus ohne Bestimmung der Form 0, Pocken 0, Masern 12, Scharlach 15, Diphtherie 23, Croup 0, Keuchhusten 17, Croupöse Lungenentzündung 15, Erysipelas 2, Grippe 7, Katarrhalische Lungenentzündung 53, Ruhr 1, Epidemische Meningitis 0, Acuter Gelenkrheumatismus 1, Parotitis epidemica 0, andre Krankheiten 207, Anthrax 0, Hydrophobie 0, Puerperalfieber 1, Pyämie und Septicaemie 7, Tuberculose der Lungen 86, Tuberculose anderer Organe 18, Alkoholismus und Delirium tremens 10, Lebensschwäche und Atrophia infantum 85, Marasmus senilis 24, Krankheiten der Verdauungsorgane 103, Totgeborene 58.

✦ Nächste Sitzung des Vereins St. Petersb. Aerzte: Dienstag, d. 16. Okt. 1907.

Tagesordnung: A. Feldt: Ueber otitische Kleinhirnabszesse.

Bohnstedt: Ueber Serumbehandlung der puerperalen Sepsis.

✦ Nächste Sitzung des Deutschen ärztlichen Vereins: Montag, d. 22. Okt. 1907.

Tagesordnung: Albanus: Ueber Melaena neonatorum.



Herausgeber Dr. Rudolf Wanach. **Buchdruckerei v. A. Wienecke Katharinenhofer Pr. № 15.**

XXXII. JAHRGANG. ST. PETERSBURGER Neue Folge XXIV. Jahrg.

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Redaktion von

Prof. Dr. Karl Dehio. Dorpat.

Dr. Johannes Krannhals. Riga.

Dr. Rudolf Wanach. St. Petersburg.

Die „St. Petersburger Medizinische Wochenschrift" erscheint jeden Sonnabend.—Der Abonnementspreis ist in Russland 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr inkl. Postzustellung; in den anderen Ländern 20 Mark jährlich, 10 Mark halbjährlich. Der Insertionspreis für die 3mal gespaltene Zeile in Petit ist 20 Kop. oder 45 Pfen.—Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt. - Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.

Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate bittet man ausschliesslich an die Buchhandlung von K. L. Ricker in St. Petersburg, Newsky-Prospekt № 14, zu richten. — Manuskripte sowie alle auf die Redaktion bezüglichen Mitteilungen bittet man an den geschäftsführenden Redakteur Dr. R. Wanach in St. Petersburg, Petersb. Seite, Alexandrowski Pr. 6 zu richten. Sprechst. Dienstag, Donnerstag und Sonnabend 5—6.

№ 39 St. Petersburg, den 29. September (12. Oktober). 1907.

Darmverschluss nach einer Typhusperforation.

Von

Dr. Oskar Brehm,

Libau.

Vorgetragen am 6. Sept. in der Ges. prakt. Aerzte zu Libau.

M. H.! Wenn ich einige Worte zur grossen Ileusfrage sprechen will, so muss ich mir eben wegen der enormen Ausdehnung dieses Gebietes möglichst enge Grenzen stellen; all' die zahllosen Krankheitsbilder erörtern, die hierher gerechnet werden, ist unmöglich in einem Vortrag, den Ileus aber als allgemeines Krankheitsbild behandeln ist erst recht eine fruchtlose Mühe, denn der ganze Begriff zergeht einem unter den Fingern, und man behält nur einen blassen Schemen übrig, der mit dem Leben nichts mehr zu tun hat.

Mit dem Wort Ileus ist wirklich nicht viel anzufangen was hilft es uns, wenn wir irgendwo die Diagnose: „Ileus" stellen? Wir gewinnen dadurch weder für die theoretische Erkenntnis etwas, noch haben wir praktischen Nutzen davon. Pathologisch-anatomisch bietet uns die Diagnose Ileus absolut nichts, für die Therapie schafft sie uns nicht einen einzigen wertvollen Gesichtspunkt. Für den wissenschaftlichen Kliniker, mag er nun Interner oder Chirurg sein, ist der Begriff Ileus nichts als ein Symptomenkomplex, und er wird sich ebensowenig damit begnügen dürfen irgendwo eine Diagnose „Ileus" schlechtweg zu stellen, wie er auch nicht sagen würde: der Kranke leidet an Krämpfen oder an Lähmung. Früher lag die Sache ja anders, da sah man in der Aufhebung der Darmpassage das punctum saliens des Ileus, das eigentliche Wesen der Krankheit. Das war ein Trugschluss, die Aufhebung der Darmpassage ist das allen diesen Krankheitsbildern gemeinsame Symptom, aber es ist keineswegs das Wesen derselben. In dem Masse, wie man dem eigentlichen Wesen mehr und mehr auf die Sprünge kam, fand man, dass es sich hier um eine grosse Menge z. T. ganz heterogener Krankheiten handelte, die alle in denselben grossen Sack „Ileus" gestopft waren und sich hier vertragen mussten. Je mehr Krankheitsbilder sich klinisch scharf umrissen und klar charakterisiert aus dem Chaos loslösten, um so mehr wurde der Begriff Ileus zu einem blossen Beiwort. Man behielt den Begriff immerhin bei, da er so alt-ehrwürdig und nicht schädlich war, man suchte ihn zu spezialisieren und die gefundenen distinkten Krankheitsbilder in ein System zu bringen. Die ganze Masse zerfiel nun in 2 Hauptgruppen: den mechanischen und den dynamischen Ileus. Der mechanische Ileus sollte die Fälle umfassen, bei denen die Darmpassage in grob-mechanischer Weise verlegt war, sei es durch Axendrehung, sei es durch innere Incarceration, einen Tumor oder Gallenstein. Unter dynamischen Ileus begriff man Fälle, bei denen das Darmlumen zwar frei, die Passage aber aufgehoben war durch schwere Funktionsstörung des Darmes selbst, sei es durch Lähmung, sei es durch Spasmus. Man glaubte darin einen wertvollen Gesichtspunkt für die Indikationsstellung zur Operation gefunden zu haben, indem der mechanische Ileus im allgemeinen operiert, der dynamische nicht operiert werden sollte. Auch dieser Gesichtspunkt, aber war hinfällig, denn einmal dauerte es gar nicht lange, da ging die Chirurgie schon dem Hauptvertreter des dynamischen Ileus, — der Peritonitis energisch mit dem Messer zu Leibe, andererseits aber kommt es garnicht

selten vor, dass ein wirklich dynamischer Ileus durch rein mechanische Faktoren kompliziert wird und dann doch ganz mit Unrecht von der Operation ausgeschlossen. Schon Kocher macht 1898 energisch auf solche Vorkommnisse aufmerksam. Er will selbst bei der Peritonitis die totale Aufhebung der Darmpassage nicht durch die Darmlähmung allein erklären, sondern ist der Ansicht, dass die Verklebungen der Darmschlingen unter einander hier eine rein mechanische Rolle spielen. Desgleichen beschuldigt er auch frische Verklebungen beim sogenannten postoperativen „Pseudoileus". Gerade diese Verquickung dynamischer mit rein mechanischen Ursachen möchte ich an der Hand eines einschlägigen Falles eingehender besprechen. Die theoretische Unhaltbarkeit der Ileussystematik und ihre praktische Unfruchtbarkeit veranlassten 1898 Nothnagel ganz resolut mit der Proposition hervorzutreten den ganzen Ileus zum alten Eisen zu werfen, und er selbst hat das auch trefflich durchgeführt, in seiner Systematik giebt es keinen Ileus mehr. Er ist bis jetzt seinem Grundsatz treu geblieben, denn auch in der eben erschienenen „Deutschen Klinik", in welcher er die Erkrankungen des Darmes und Peritoneums behandelt, will er vom Ileus nichts wissen. Trotzdem kann man nicht sagen, dass sein Vorschlag allgemein acceptiert worden ist. Wilms betitelt seine eben erschienene grosse Monographie wieder „Ileus" und rechtfertigt sich damit, dass er meint, die von Nothnagel geforderte pathologisch-anatomische Diagnose lasse sich in diesen Fällen doch sehr oft nicht stellen, und für eben diese klinisch nicht genauer diagnostizierbaren Fälle müsse man sich den Ileusbegriff reservieren, — also wieder der grosse Sack, dessen Grösse nur abhängt von der mehr oder minder entwickelten Kunst zu diagnostizieren bei dem einzelnen Arzt. Es ist nicht zu leugnen, dass dieses Gebiet dem Arzt die allerschwersten diagnostischen Rätsel aufgiebt, und dass oft genug der feinste diagnostische Spürsinn und die reichste Erfahrung gänzlich versagen, — immerhin können wir das Postulat aufstellen, dass der Arzt in jedem Fall mehr diagnostiziere als bloss Ileus. Wer nicht mehr sagen kann als: „Hier liegt Ileus vor", darf jedenfalls nicht daran denken einen solchen Kranken zu behandeln, denn eine Therapie des Ileus als solchen giebt es heute nicht mehr. Wenn trotzdem für die Systematik der Ileusbegriff festgehalten wird, so hat das seine grosse Bequemlichkeit: beim Studium der Differentialdiagnose hat man mit allen hierher gehörigen Krankheitsbildern zu rechnen, so wesensverschieden sie auch sein mögen, und da ist es wertvoll, wenn sie alle zusammen stehen und unter einem Sammelnamen zusammengefasst werden. Allerdings wäre es besser statt Ileus — Darmverschliessung oder Occlusion zu sagen. Wie eingangs erwähnt, möchte ich heute nur jene interessanten Formen von Darmverschluss besprechen, bei denen eine Kombination mechanischer Momente mit funktionellen Störungen vorliegt, wo also der mechanische mit dem dynamischen Ileus sich verquickt. Dynamische Störungen giebt es ja tatsächlich bei jeder mechanischen Occlusion. Der magenwärts von der Verschlussstelle liegende Darm leidet immer mehr oder weniger funktionell. Nachdem er eine Zeitlang krampfhaft versucht hat das Hindernis zu überwinden, erschlafft er und vermag dem gewaltig gesteigerten Innendruck nicht mehr stand zu halten, die massenhaft hier gestauten Gase und Kotmassen überdehnen ihn und lähmen ihn, er ist schliesslich nur noch ein schlaffer, kolossal dilatierter Schlauch, der keiner Peristaltik mehr fähig ist. Die Beobachtung machen wir ja sehr oft bei der Operation von Occlusionen, namentlich auch der incarcerierten Hernien: wir beseitigen wohl das mechanische Hindernis, es hilft aber nichts mehr, — der mechanische Verschluss hat dem dynamischen Platz gemacht, der paralytische Darm ist nicht mehr im stande den Inhalt fortzubringen, derselbe stagniert weiter und bald geht der Kranke an Darmsepsis zu Grunde. Man geht nicht zu weit, wenn man sagt, dass in der Mehrzahl der Ileusfälle, die sich selbst überlassen werden, zum mechanischen der dynamische Verschluss hinzutritt, sei es dass eine terminale Peritonitis den Darm lähmt, sei es, dass derselbe einfach in der eben geschilderten Weise durch Ueberdehnung und Stauung paralysiert wird. Es giebt aber auch garnicht so selten Fälle, bei denen von vornherein sich das Bild kompliziert durch Kombination mechanischer mit dynamischen Elementen und uns in diagnostischer wie therapeutischer Hinsicht die grössten Schwierigkeiten bereiten kann. Nehmen wir ein Beispiel: ein Kranker ist aus irgend einem Grunde laparotomiert worden, und es tritt im Anschluss daran eine leichte Darmlähmung auf, wie das ja nicht selten ist, wir machen uns daher weiter keine Sorgen. Allein es vergeht Tag um Tag, und die Darmpassage stellt sich nicht her, der Bauch treibt sich auf, der Kranke fängt an zu erbrechen, — exquisite Zeichen einer Peritonitis fehlen, nichtsdestoweniger ist das Bild bedrohlich und wir entschliessen uns zu relaparotomieren. Es erweist sich, dass eine frische Adhäsion den Darm etwas geknickt hat und dadurch den Verschluss, der sich sonst in wenigen Tagen gelöst hätte, komplet gemacht hat. Woher aber sollen wir das wissen! Es giebt auch solche Fälle, wo wir nichts von einer Adhäsion finden, wo dieser sog. postoperative Ileus nur durch Darmparese bedingt ist. Es ist schon ohnehin ein schwerer Entschluss einen Kranken zu relaparotomieren, geschweige denn in solchen zweifelhaften Fällen. — Sehr schwierig gestalten sich auch die Fälle, in denen sich zu akut entzündlichen Vorgängen in der Bauchhöhle, die ja stets mit Darmlähmung einhergehen, mechanische Störungen hinzugesellen, wie wie bei der Appendizitis, Diverticulitis, Pericholecystitis. Ein Gebiet, auf dem auch immer mechanische Störungen mit dynamischen sich verquicken, ist der Volvulus der Flexura sigmoidea. Lange schon wissen wir, dass der Volvulus fast niemals ganz gesunde Flexuren unvermittelt ergreift. Es sind chronisch-entzündliche Prozesse im Mesenterium der Flexur, welche den ganzen Darmabschnitt in seiner Funktion schwer schädigen, so dass er nur mit grösster Mühe seine Arbeit leisten kann, — sobald nun ein leichtes mechanisches Hindernis hinzutritt, versagt die peristaltische Kraft total. Dabei handelt es sich noch garnicht um Volvulus, das mechanische Hindernis besteht nur in einer leichten Abknickung oder die Flexur ist nur um 90—180° gedreht, was bei einer normalen Flexur noch nichts bedeutet. Diese chronisch kranken Flexuren aber ertragen das nicht, ihren Tonus haben sie schon lange eingebüsst, sind gross, dilatiert, durch das geschrumpfte, starr infiltrierte Mesenterium in ihrer Geschmeidigkeit und Beweglichkeit gehindert, der Kot stagniert in ihnen und sie entleeren ihn nur mühevoll, resp. mit Kunsthilfe. Wird dieses labile Gleichgewicht einmal durch eine Abknickung gestört, so ist die Krisis da, der Sack dehnt sich mehr und mehr durch die gestauten Gase und Kotmassen, die letzten Reste des peristaltischen Könnens gehn verloren, und das klinische Bild ist nun genau das eines echten Volvulus. Wenn Sie sich diese Skizzen hier ansehen (Demonstration!), die ich alle nach dem Leben gezeichnet habe, so geben dieselben Ihnen recht anschaulich die charakteristische Configuration des Abdomens solcher Kranker wieder, die Mehrzahl dieser Skizzen stellt echte Volvuli dar, nur eine giebt einen solchen Pseudovolvulus wieder.

Sie sehen, das Bild ist genau dasselbe wie beim echten Volvulus und die klinischen Erscheinungen waren auch dieselben wie beim Volvulus, — dieser Fall wurde aber durch hohe Einläufe geheilt, und als sich dann die An-

fälle immer mit gleicher Heftigkeit wiederholten, wurde ihm, quasi im Intervall, die wertlose, sackartige, paretische Fluxur reseziert (Dr. v. Bergmann Riga). Solche Volvuluskandidaten laufen unter den alten Leuten garnicht so selten umher, manche leiden nur an hartnäckiger Obstipation, andere haben schon die geschilderten Anfälle von Pseudovolvulus, bei den wenigsten kommt es zu echtem Volvulus. Den echten vom Pseudovolvulus klinisch zu unterscheiden ist sehr schwer, den letzteren kann man meist konservativ behandeln, beim echten Volvulus ist jedes Zögern ein Fehler. Der Pseudovolvulus ist ein sehr charakteristisches Beispiel von Kombination des mechanischen mit dem dynamischen Verschluss, wir sehen hier durch Jahre hindurch immer dasselbe Spiel, wie die schwache Kraft der Flexur sofort ganz versagt, sobald mechanisch die Passage nicht ganz frei bleibt.

Anschliessend an diese Beobachtungen und Erfahrungen teile ich nun einen Fall mit, der mir von Herrn Dr. Schmähmann zur Operation überwiesen wurde. Auch hier handelt es sich sicher um eine interessante Kombination von Lähmung des Darmes mit einem mechanischen Hindernis.

Am 20. Januar dieses Jahres konsultierte mich Herr Dr. Sch. zu einer älteren Frau, die er seit c. 3 Wochen behandelte unter der Diagnose: Typhus abdominalis Es ging schon gut, da plötzlich im Anschluss an eine Gabe Magn. usta und ein Bad, welches Dr. Sch. nicht verordnet hatte, treten plötzlich sehr heftige Leibschmerzen, hohes Fieber und Verhaltung von Stuhl, Flatus und Harn auf. Dr. Sch. fand das Abdomen bretthart gespannt und sehr schmerzhaft, vermutete eine Perforation und behandelte mit Eis und Opium. Die acuten Erscheinungen liessen zwar nach, doch trieb sich der Leib auf und Stuhl und Winde gingen nicht ab. Ich erhob folgenden Befund:

Frau R. L. 48 a. n. gracile, magere Frau, Aussehen schwer leidend, doch nicht verfallen. Zunge feucht, belegt. Puls 80, guter Qualität. Temp. 38,3. Abdomen stark kissenartig aufgetrieben, wenig druckempfindlich, nur links unten stärker, nicht gespannt. Darmgeräusche sehr spärlich. Exsudat nicht nachweisbar. Rectalbefund: normal. Eine Darmspülung bleibt ganz erfolglos. Unsere Diagnose lautete: Peritonitis perfor. Von einer Laparotomie nahm ich Abstand in Anbetracht dessen, dass die Peritonitis bereits 4 Tage alt war und es sich um eine alte, decrepide Frau handelte, — ausserdem waren die Entzündungserscheinungen sichtlich im Abklingen. Daher war die Behandlung symptomatisch. Am folgenden Tage hatte der Meteorismus zugenommen, Pat. erbrach, es waren keine Gase abgegangen. Es lag also jedenfalls eine schwere Parese des Darmes vor und wir beschlossen einen Versuch mit Physostigmin zu machen. Die Wirkung war prompt, es erfolgten schon 2 Stunden nach der Injektion von 0,0005 Physost. salicyl. einige ziemlich reichliche Ausleerungen, allerdings ohne dass Gase abgingen, der Meteorismus nahm unbedeutend ab. — In den folgenden Tagen verschlimmerte sich der Zustand, der Leib trieb sich immer unförmiger auf, Darmgeräusche hörte man garnicht mehr, keine Spur von Gasabgängen. Der Allgemeinzustand, der bis dahin gut gewesen war, fing an schlechter zu werden. Pat. erbrach, die Respiration war durch die enorme Auftreibung des Leibes behindert. Ich proponierte die Operation in der Absicht eine Fistel am Coecum anzulegen, um den Darm zu entlasten.

Operation 25. Januar Cocaïninfiltration nach Schleich. Schnitt in der Ileocöcalgegend 8 cm. lang. Bei Eröffnung der Bauchhöhle entweicht unter lautem Zischen eine grosse Menge geruchlosen Gases, der Bauch fällt zusammen und Pat. empfindet bedeutende Erleichterung. Die Darmschlingen waren gebläht und hochrot injiziert, durch zahlreiche peritonitische Verklebungen aneinandergelötet. Zum kleinen Becken hin ein spärliches trüb-serös-sanguinolentes Exsudat. Die peritonitischen Erscheinungen nehmen zum Oberbauch hin an Intensität ab. Der Wurmfortsatz ist gesund, von einer Darmperforation ist nichts zu sehen, und es wird auch nicht weiter in den Verklebungen darnach gesucht. Das Coecum wird schnell in die Wunde eingenäht zwecks event. späterer Anlegung einer Kotfistel. Sodann Eröffnung der Bauchhöhle links in der Flanke und hier Drainage. Der Eingriff wurde gut vertragen und bereits 8 Stunden später gingen schon spontan sehr reichlich Flatus ab. und bald darauf stellte sich Stuhl von ganz ungeahnter Quantität ein. Diese massenhaften Kotentleerungen dauerten mehrere Tage an. Eine Bronchopneumonie verzögerte den sonst normalen Heilungsverlauf. Lange Zeit litt Pat. noch an den Folgen der Peritonitis, der Stuhl war sehr träge und die Adhäsionen verursachten Leibschmerzen, — jetzt erfreut sie sich einer ausgezeichneten Gesundheit.

Worum hat es sich nun hier gehandelt? Der Fall ist nicht ganz klar. Die anfängliche Diagnose: Perforationsperitonitis war richtig, das ist sicher, denn die Peritonitis bestand ja noch bei der Operation. Hatte es sich um Typhusperforation gehandelt? Die Diazoreaktion war positiv, die Agglutinationsprobe nach Vidal schwach positiv. Die Typhusperforation hat aber eine sehr schlechte Prognose, und warum war das austretende Gas so absolut geruchlos? Geruchloses Gas in der Bauchhöhle kommt bei Perforationen des Magens und Duodenums vor, doch diese sind in der Regel noch bösartiger, auch spielte sich in diesem Fall die Peritonitis vorzugsweise im Unterbauch ab, nach oben hin waren die entzündlichen Erscheinungen nicht so stark ausgeprägt, eine Ulcusanamnese fehlte auch ganz. Schliesslich glaubte ich, dass es sich um ein occultes Darmkarzinom handeln würde, welches durch seine Ulcerationen Fieber gemacht hatte und schliesslich zur Perforation gekommen war. Die Karzinomperitonitis ist ja nicht so bösartig, — auch das blutige Exsudat schien dafür zu sprechen. Die Annahme muss fallen, denn die Frau sieht jetzt, — ³/₄ Jahr post op. blühend aus und hat nicht die mindesten Erscheinungen. Somit bleibt die anfängliche Diagnose auf Typhus abdomin. doch das Wahrscheinlichste. Am interessantesten ist hier aber die Frage, wie die Operation gewirkt hat. Geholfen hat sie prompt, es gingen gleich Flatus ab und bald kam auch massenhaft Stuhl. Der Darm war also nicht ganz gelähmt, er fing sehr bald an mächtig zu funktionieren. Warum tat er es vorher nicht? Dass die Operation die Peritonitis so sehr im günstigen Sinn beeinflusst hatte, dass der Darm gleich funktionstüchtig wurde, glaube ich nicht, denn erstens war die Peritonitis auch schon in Ausheilung begriffen, zweitens erfolgte der Effekt auch zu schnell. Die peritonitische Darmlähmung war ja schon vor 4 Tagen, als die Peristaltik durch Physostigmin angepeitscht wurde, soweit geschwunden, dass, wenn auch vorübergehend, Stuhl erfolgte. Meiner Ansicht nach kam hier zur Darmparese noch ein mechanisches Hindernis hinzu und zwar die in der Bauchhöhle unter starkem Druck stehende Gasmenge, welche den Darm immerhin mit so bedeutender Kraft irgendwo komprimierte, dass die geschwächte Peristaltik nicht ausreichte das Hindernis zu überwinden. Daher wirkte auch das Physostigmin nur vorübergehend; hätte nichts als eine Erschlaffung des Darmes vorgelegen, so hätte das Peristalticum κατ᾽ ἐξοχήν prompt und dauernd helfen müssen, — gegen das mechanische Hindernis war das Physostigmin natürlich machtlos. Die Diagnose freien Gases in der Bauchhöhle ist nicht leicht und mit Sicherheit oft überhaupt nicht möglich, denn die Punktion zu diagnostischen Zwecken ist doch zu gefährlich. Die einzig richtige Therapie war hier die Laparotomie zwecks Entleerung der Gasmengen, die Peritonitis, als solche wäre sicher auch ohne chirurgische Intervention ausgeheilt. Diese Auffassung des Falles ist gewiss nicht unanfechtbar, aber sie erklärte denselben doch ziemlich ungezwungen.

Bücheranzeigen und Besprechungen.

H. K. Corning: Lehrbuch der topographischen Anatomie für Studierende und Aerzte. Wiesbaden, Verlag von J. F. Bergmann 1907.

Mit hohem Genuss hat Referent dieses neue Lehrbuch der topographischen Anatomie durchgesehen. Es ist sowohl textlich als auch in Bezug auf die Reichhaltigkeit und Schönheit

der Abbildungen, sowie die luxuriöse Ausstattung durchaus eigenartig. Der Quartband enthält 717 Seiten, 604 Abbildungen, davon 395 farbige. Obgleich von einem Anatomen verfasst, nimmt das Buch ständig auf die Bedürfnisse der Praxis Rücksicht. Die Abbildungen zeichnen sich durch sparsame und diskrete Verwendung der verschiedenen Farben aus, wodurch die Uebersicht gehoben wird. Besonders dankenswert ist die genaue Berücksichtigung der Lymphgefässe und Lymphdrüsen, die reiche Zahl verschiedenster Bilder von komplizierten Organen (z. B. dem mittleren und inneren Ohr). Auch die Topographie des Schädels und seines Inhaltes, der Baucheingeweide, der Extremitäten ist meisterhaft in Wort und Bild dargestellt. Besonderes Gewicht hat Verf. auf die Darstellung der Variabilität der Organe gelegt. Einige Versehen sind mituntergelaufen, so ist in Fig. 512 der M. pronator quadratus als pronator teres bezeichnet. Die meisten lapsus calami sind am Schluss des Buches berichtigt.

Im Grossen und Ganzen überragt das Corning'sche Buch bei weitem Alles, was uns der Büchermarkt in den letzten Jahren auf dem Gebiet der topographischen Anatomie gebracht hat.

Wanach.

Prof. H. Petersen und Dr. H. Gocht: Amputationen und Exartikulationen. Künstliche Glieder. Deutsche Chirurgie. Lieferung 29a. Stuttgart, Verlag von Ferdinand Enke 1907.

Das Buch ist eine Neubearbeitung des berühmten Schede'schen Werkes über Amputationen. Die letzten Jahrzehnte haben so viel Neues auf diesem Lieblingsgebiet fast aller Chirurgen gebracht, dass von dem älteren Buch nur die allgemeine Anordnung und die groben Umrisse in das neue hinübergenommen werden konnten. Das Literaturverzeichnis (66 Seiten) ist vollständig, auch im Text sind selbstverständlich alle Fortschritte der Neuzeit ausgiebig berücksichtigt. Die Prothesenlehre ist von Gocht gesondert im Anhang bearbeitet. Wer über Amputationen arbeiten will, kann das Buch nicht entbehren. Die Lektüre wird durch eine schwerfällige Sprache etwas erschwert. Inhaltlich lässt das Werk nichts zu wünschen übrig. Reichliche Abbildungen und guter Druck sind als weitere Vorzüge zu erwähnen.

Wanach.

Deskriptive Biochemie mit besonderer Berücksichtigung der chemischen Arbeitsmethoden von Dr. Sigmund Fränkel, Dozent für medizinische Chemie an der Wiener Universität. Wiesbaden, Verlag von J. F. Bergmann 1907.

Wenn wir die Entwickelung der modernen physiologischen Chemie uns vergegenwärtigen, so tritt es überaus klar zu Tage, dass überall da die grössten Fortschritte zu verzeichnen sind, wo sich die rein chemische Forschung des Stoffes bemächtigt hatte. Wo diese ernste Grundlage fehlt, verliert sich das ganze Gebiet zu leicht in Spekulationen, es werden zur Erklärung der einzelnen Phaenomene eine Menge von hypothetischen Stoffen angenommen, neue Begriffe geschaffen; und doch kann man beim Durcharbeiten eines solchen Systems sich des Gedankens nicht erwehren, dass wir es eben mit einer mehr oder weniger wahrscheinlichen Hypothese zu tun haben, die bald einer anderen wird weichen müssen.

Vorliegendes Werk enthält in gedrängter Form in möglichster Vollständigkeit die Schilderung der Stoffe, die den tierischen Organismus zusammensetzen. Jede einzelne Substanz wird genau abgehandelt nach ihrem Vorkommen, Darstellung, Eigenschaften, Synthese, soweit eine solche bekannt. Den Fermenten, der Chemie der Organe, den Ex- und Sekreten sind besondere Abschnitte gewidmet. Es ist ein gewaltiges Tatsachenmaterial, das hier vorliegt. Um mit des Verfassers eigenen Worten zu reden, möchte er «gleichsam eine chemische Anatomie und Histologie der Gewebe geben». Er möchte die physiologische Chemie «in einen chemisch anatomischen und chemisch physiologischen, resp. einen statischen und dynamischen Teil trennen». Es ist natürlich noch eine grosse Arbeit zu leisten, bis ein einigermaassen lückenloses Gebäude zu Stande kommen wird, jedoch sind viele Bausteine durch zähe Ausdauer und unermüdliches Forschen zusammengetragen worden. Die Darstellung ist überall trotz der knappen Form fesselnd; wir haben es nicht mit einem Werk zum systematischen Durcharbeiten, sondern mit einem Nachschlagewerk zu tun. Als solches wird es jedem chemisch Arbeitenden unentbehrlich sein.

E. Koch.

Protokolle des III. Aerztetages

der

Estländischen Aerztlichen Gesellschaft am 3., 4. und 5. November 1906 zu Reval.

3. Sitzung.

Sonnabend, d. 4. Nov. v. 10—2 Uhr Nachm.

Demonstrationen: a) Herr von Wistinghausen demonstriert einen Fall von Dystopie der rechten Niere (angeboren): die Niere liegt vor dem Promontorium, ihre Hauptarterie entspringt von der linken Arteria iliaca, ausserdem sind noch kleinere Arterien aus der Aorta und der A. iliaca dext. vorhanden. Das Nierenbecken ist langgezogen und kleiner als sonst. Die Form ist lappig und im Allgemeinen verändert. Die hintere Fläche ist der Vorderfläche der Wirbelsäule adaptiert. Der Ureter ist kurz und zieht gerade nach unten zur Blase. Die Entfernung der dystopischen Niere musste wegen Schmerzen und Arbeitsbehinderung vorgenommen werden. Ausfallserscheinungen sind nicht eingetreten. Ein später entstehendes retroperitoneales Hämatom wurde ohne Störungen resorbiert. Ein Jahr später ist dieselbe Patientin wegen Perityphlitis operiert worden.

Darauf demonstriert Herr v. Wistinghausen Patienten, an denen Aneurysmenoperationen nach Schussverletzungen gemacht worden sind.

b) Herr Greiffenhagen demonstriert einen Patienten mit traumatischer Ruptur der Harnröhre.

40-jähriger Mann. Vor 5 Wochen subkutane totale Zerreissung der Harnröhre in der pars membranacea durch Sturz in reitender Stellung auf die Kante eines Brettes. In Narkose Boutonnière, grosses Hämatom der Perinäalgegend, sehr mühsames Aufsuchen des zentralen Urethralendes, Entleerung der prall mit unblutigem Harn gefüllten Blase durch einen elastischen Katheter, Einführung eines elastischen Dauerkatheters. Zirkuläre Harnröhrennaht mit 2 Catgut und 4 Seidennähten. Einige Seidennähte werden im periurethralen Bindegewebe angelegt. Jodoformgasetamponade der übrigen Wunde. Reaktionsloser Verlauf. Katheter am 15. Tage definitiv entfernt. Von da ab spontane Harnentleerung. Völlige Heilung in 5 Wochen bei einer lichten Harnröhrenweite von 22 Charrière.

Diskussion:

Herr Lockenberg-Luggenhusen berichtet über einen Fall von Zerreissung der Urethra, wo das Auffinden des proximalen Endes der Urethra von der Wunde aus nicht gelang und wo der retrograde Katheterismus von der Blase aus ausgeführt werden musste und nach Vereinigung der Urethra Heilung eintrat, aber später trotz Bougierung sich absolute Striktur einstellte, die zur Operation und Einlegen eines Verweilkatheters zwang.

Herr von Wistinghausen-Reval: In Bezug auf die Verletzung der pars membranacea möchte ich bemerken, dass die Heilung auch gelingt, wenn die Harnröhre nicht genäht worden. Ich habe in mehreren Fällen anfangs durch die Dammwunde den Dauerkatheter eingeführt, nachher von vorn. Man muss danach längere Zeit bougieren und auch nachher das periodisch fortsetzen. Für die Landpraxis würde ich raten, wenn es nicht gelingt das proximale Ende der pars membranacea zu finden, es beim Dammschnitt bewenden zu lassen, da ein ernstes Hindernis für den Harnabfluss nicht mehr besteht.

Herr Greiffenhagen: In Fällen von totaler Zerreissung der Harnröhre wie überhaupt in denjenigen Fällen von Harnröhrenverletzungen, in welchen die Patienten die prall gefüllte Blase nicht entleeren können, wo eben eine sofortige Entleerung dringend indiziert ist, hält Gr. die von Wistinghausen dem Landarzte anempfohlene Boutonière nicht für angebracht, da sie nicht immer leicht ausführbar ist und vor Allem nicht den gewünschten Erfolg garantiert. In solchen Fällen rät Gr. lieber zur Ausführung des Blasenstiches eventuell mit Anwendung der Aspirationsapparate In den meisten Fällen, wenigstens soweit die Kollegen Estlands in Betracht kommen wird die Ueberführung der Pat. in ein Krankenhaus zwecks Ausführung der Urethrotomie innerhalb 12 Stunden möglich sein. Gr. betont in Uebereinstimmung mit Wistinghausen die Notwendigkeit einer langdauernden Kontrolle der Patienten, die wegen Harnröhrenverletzung in Behandlung standen, weil sich in der Folgezeit häufig Narbenstrikturen ausbilden, die immer wieder bougiert werden müssen.

Herr Greiffenhagen demonstriert 2. einen Fall von Fibromyom der Prostata mit Prostatektomie geheilt. 45-jäh-

riger Mann. Allmälich sich steigernde Harnbeschwerden bis zur völligen Anurie. Als Ursache erwies sich ein über faustgrosser Prostatatumor vom rechten Lappen ausgehend. Prostataectomia perineal. Stumpfe Enukleation eines weit über mannsfaustgrossen Fibroadenoms, welches in mehreren Knollen entbunden wurde. Feste Verbackung mit der Harnröhre, welche 3 ctm. weit einreisst. Elastischer Dauerkatheter, Naht der Harnröhre und Naht resp. ausgiebige Tamponade der mächtigen Wundhöhle. Langsame Heilung per granulationem in 4 Monaten. Völlige Genesung, normale Miktion.

Herr Greiffenhagen demonstriert 3. eine 56-jährige Frau, an der vor 3 Jahren wegen schwerer Neuralgie des Trigem. Resektion des III. rechten Trigeminusastes, nach Sonnenburg ausgeführt wurde. Guter Erfolg 2½ Jahre lang. Seit einigen Monaten schwere Anfälle von Neuralgie im II. Ast, auch Schmerzen im I. und III. Ast. Im Mai 1906 Extirpatio Gangl. Gasseri nach Cushing. Profuse Blutung, Tamponade auf 48 Stunden. Wiederum profuse venöse Blutung, Ligatur der Carotis ext. Reposition und Naht der Weichteile und des Knochenlappens. Glasdrain im unteren Wundwinkel. Prima intentio. Der Ausfluss von liquor cerebrospinalis aus der Drainöffnung dauert fast 5 Wochen. Völlige Heilung der Neuralgie. Als Folgeerscheinung der Operation entwickelte sich eine mässige Kiefersperre und 3 Monate nach der Operation eine durch aussergewöhnliche Unsauberkeit hervorgerufene Keratitis.

Herr Greiffenhagen: 4. Demonstration eines S romanum, welches vor 3 Tagen einem 73-jährigen Mann wegen Volvulus entfernt wurde. Morph. Skopolamin-medulläre Stovainanästhesie. Absolute Analgesie und tiefer Dämmerschlaf bis zur Anlegung der Bauchnaht, die einige Gramm Aether erfordert. Maximale Ausdehnung und rechtsspiralige Drehung um 360° des 180 ctm. langen S romanum. Exstirpation und sofortige Darmnaht. Völliger Schluss der Bauchwunde. Bisheriger Verlauf gut. (Pat. wurde am 14. Tage post operat. genesen entlassen). Am Präparat fällt die grosse Zahl strahliger, weisser Narben am Fusspunkt des Mesenteriums auf, als Ausdruck überstandener, spontan ausgeheilter Volvusanfälle.

Es werden hierauf neue Verbandstoffpräparate demonstriert.

c) Herr Armsen demonstriert einen mit Röntgenbestrahlung günstig beeinflussten Fall von Leukämie.

d) Herr Hunnius-Reval demonstriert die Finsen Reynlampe:

Der Finsen-Reyn Apparat ist dem Finsenapparat nachgebildet und unterscheidet sich nur durch grössere Handlichkeit und durch geringeren Stromverbrauch von ersterem. Er besteht aus zwei Kohlenstiften, die mit einer elektrischen Anlage von wenigstens 20 Amp. verbunden werden und ein Bogenlicht erzeugen, das durch ein System von Quarzlinsen, den sogen. Concentrator. auf ein hohles Druckglas, in dem Wasser zirkuliert und das der erkrankten Hautpartie fest aufliegt, geleitet wird, wobei man darauf achten soll, dass der Brennpunkt etwas unter dem Niveau der Haut liegt. Nach Finsen ist die Wirkung eine chemische und zwar hervorgerufen durch die ultravioletten Strahlen, doch lässt sich nebenbei jedenfalls eine Verbrennung konstatieren. Die erkrankte Stelle wird eine Stunde lang belichtet. Nach 24 Stunden zeigt sich die Rötung, nach weiteren 24 Stunden eine Blase und dann bildet sich ein Schorf, unter dem sich die Lupusknötchen zurückbilden und vernarben. Angewandt wird diese Behandlung hauptsächlich beim Lupus vulgaris, wo die Resultate sehr gute sind. Ferner auch bei Lup. erythem., Alopec. areat. und beim Naevus vascul. und Angiomen, doch sind hier die Resultate bisher nicht sehr viel versprechend.

(Autoreferat).

e) Herr Hirsch demonstriert:

I. «Einen Fall von progressiver Muskelatrophie».

Pat., ein junger Mann von 22 Jahren, klagt über seit mehreren Jahren allmälich zunehmende Schwäche in Armen und Beinen, die ihn seit einiger Zeit arbeitsunfähig macht. — Es findet sich bei der Untersuchung hochgradige Atrophie der Muskeln des Rumpfes, der Schultern, der Oberarme, Hüften, und Oberschenkel, dagegen deutliche Hypertrophie der Unterschenkel und Fussmuskulatur. Die Sensibilität ist durchweg intakt. Fibrilläre Zuckungen sind in den befallenen Muskeln nicht zu bemerken, ebenso keine elektrische Entartungsreaktion, wohl aber quantitative Herabsetzung der elektrischen Erregbarkeit in den kranken Muskeln. Damit, sowie durch die charakteristische Lokalisation der Atrophien, ist die Unterscheidung von der differentialdiagnostisch in Frage kommenden spinalen Form der progressiven Muskelatrophie gegeben, sowie durch Fehlen von Sensibilitätsstörungen die Syringomyelie auszuschliessen ist. Es handelt sich hier um einen typischen Fall der primären Myopathie: Dystrophia musculorum progressiva.

II. «Einen Fall von completer, über den ganzen Körper verbreiteter, Analgesie».

Pat., ein 21-jähriger Mann, ist wegen einer eigentümlichen Bewegungsstörung von der Wehrpflichtkommission dem Hospital zur Beobachtung überwiesen worden: P. steht und geht mit leicht gebeugten Knien, behauptet, sobald die Beine gestreckt werden, was er auf energisches Zureden tut, so zu ermüden, dass er sofort wieder in die angegebene Stellung verfällt. Ausserdem findet sich beim Pat. eine über den ganzen Körper gehende völlige Analgesie: selbst tiefe Nadelstiche werden nicht empfunden: es ändert sich weder der Gesichtsausdruck, noch auch die Pupillenweite oder Pulszahl; dagegen sind die Hautreflexe am ganzen Körper bedeutend gesteigert: sehr leichtes berühren der Oberschenkel ruft z. B. schon lebhafte Kontraktionen der Bauchdecken reflektorisch hervor; auch die Sehnenreflexe sind lebhaft. Psychisch bietet Pat. das Bild der Apathie und eines ziemlich hochgradigen Schwachsinns dar. — Nach Ausschluss einer organischen Nervenerkrankung erscheint es als wahrscheinlich, dass Pat. an Hysterie leidet: die eigentümliche Beinstellung ist am ehesten als auf Autosuggestion beruhend anzusehn, Simulation wohl auszuschliessen. Die Sensibilitätsstörung kann nur als eine funktionelle, und zwar hysterische, gedeutet werden, wenn auch andere Hysterie-Stigmata fehlen.

(Autoreferat).

Diskussion über das Impfreglement wird hier eingeschoben:

Herr v. Nottbeck-Weissenstein referiert über das von ihm ausgearbeitete und vom Aerztetage bereits geprüfte Impfreglement und giebt an welche Paragraphen in Wegfall kämen, wenn das Impfreglement so verändert würde, dass der Sanitätsarzt die Kontrolle hat und das Kreisimpfkomitee wegfällt.

Herr Thomson-Reval: Die Gage des Impfers scheint mir zu niedrig zu sein. Die Revakzinationen müssten unentgeltlich vorgenommen werden.

Herr Frey-Rappel proponiert, dass die Sanitätsärzte die neueingetretenen Schulkinder am Tage der Schulrevision selbst revakzinieren.

Herr Luig-Kunda wünscht, dass die Beschaffung der Lymphe nicht dem Impfer überlassen wird, sondern durch eine Zentrale (z. B. Landessanitätskommission) erfolgt, da dann eine Garantie vorhanden sei, dass die Qualität der Lymphe gut sei und der Preis nicht zu hoch.

Herr Tomberg-Jewe unterstützt die Proposition von Luig. Alle Lymphe sollte aus ein und derselben guten Quelle für einen bestimmten Preis bezogen werden.

Aus der Versammlung heraus werden als gute Quellen genannt: Orel — Dr. Schiwopiszew und Simbirsk — Beklembischtschew.

Es wird beschlossen das Impfreglement so umzuarbeiten, dass dem Landschaftsarzt in seinem Bezirke das Impfwesen untersteht. Die Kommission zur Bearbeitung sanitärer Fragen soll daher dementsprechend ein kurzgefasstes Impfreglement entwerfen, welches für Estland als verbindliche Verordnung bestätigt werden kann.

4. Sitzung.

Sonnabend von ½6—8 Uhr Abends.

1. Herr Kupffer-Kuda: Mitteilungen aus dem Gebiet der Estländischen Leprafrage.

Eingangs macht Redner einige Angaben über die Lepra in Estland zur Zeit des Mittelalters und erwähnt dabei, dass diese Seuche vom Beginn des 13. bis Ende des 15. Jahrhunderts geherrscht hat und durch Isolierung in Lepraheimen deren grösstes das Johannisspital in Reval war, bekämpft wurde. Zu Anfang der Neuzeit wurde die Lepra in Estland aus dem Innern des Reiches eingeschleppt und zwar zur Zeit des Napoleonischen und später des Krimkrieges. 1828 wurden bereits Leprafälle in Estland konstatiert, welche von Kosaken unter denen die Lepra damals sehr verbreitet war infiziert waren. Ueberall da wo die Bevölkerung mit dem Kriegsvolk in nahe Berührung gekommen, sind Lepraherde zu finden, so namentlich um Reval herum und an der Westküste, sowie längs den Etappenlinien nach Livland hinein. Eine von Redner angestellte Enquete ergab das Zusammenfallen der Hauptlepraherde mit solchen Ortschaften, in denen nachweislich Kosaken gestanden haben. Aber durch Einwanderung aus livl. Lepraherden und durch regen Verkehr mit Oesel zur Zeit des Fischfanges ist auch viel Lepra nach Estland gekommen. Zurückgekehrte Auswanderer brachten ebenfalls Lepra mit. Darunter befanden sich auch viele Per-

sonen, die in Lepraherden in Livland gedient hatten. Soldaten, die in südrussischen Lepraherden dienten, bildeten auch eine Infektionsquelle. Dass viel Lepra aus Livland stammt ersieht man daraus, dass diejenigen Teile von Estland, die an leprafreiere Gegenden Livlands anstossen auch weniger infiziert sind. Für diese Behauptungen liegen eine Anzahl von Beispielen vor. Wir sehen also, dass man die Entstehungsweise der Lepraherde in Estland annähernd erklären kann. Es ist wichtig, dieses im Auge zu behalten will man die Ausbreitung der Lepra verhüten. Bei einzelnen Fällen kommen ganz besondere Momente hinzu, die die Einschleppung erklären. Sonst aber dürfte sich auch jetzt noch die Krankheit in ähnlicher Weise verbreiten. Der Zweck dieser Ausführungen war denn auch darauf hinzuweisen, an welche Verbreitungsmöglichkeiten man denken muss, will man die Art der Ausbreitung erforschen und die Seuche bekämpfen.

(Autoreferat).

2. Herrr Schröter-Asserien: Eine Ruhrepidemie im Sommer 1906.

Vortragender berichtet über eine auf der Zementfabrik Asserien Kreis Wierland in den Monaten Juli, August und September 1906 beobachtete Dysenterieepidemie von grösserem Umfang. Von ca. 900 Einwohnern erkrankten 152 (16,9 pCt.) mit 12 Todesfällen (7,9 pCt.).

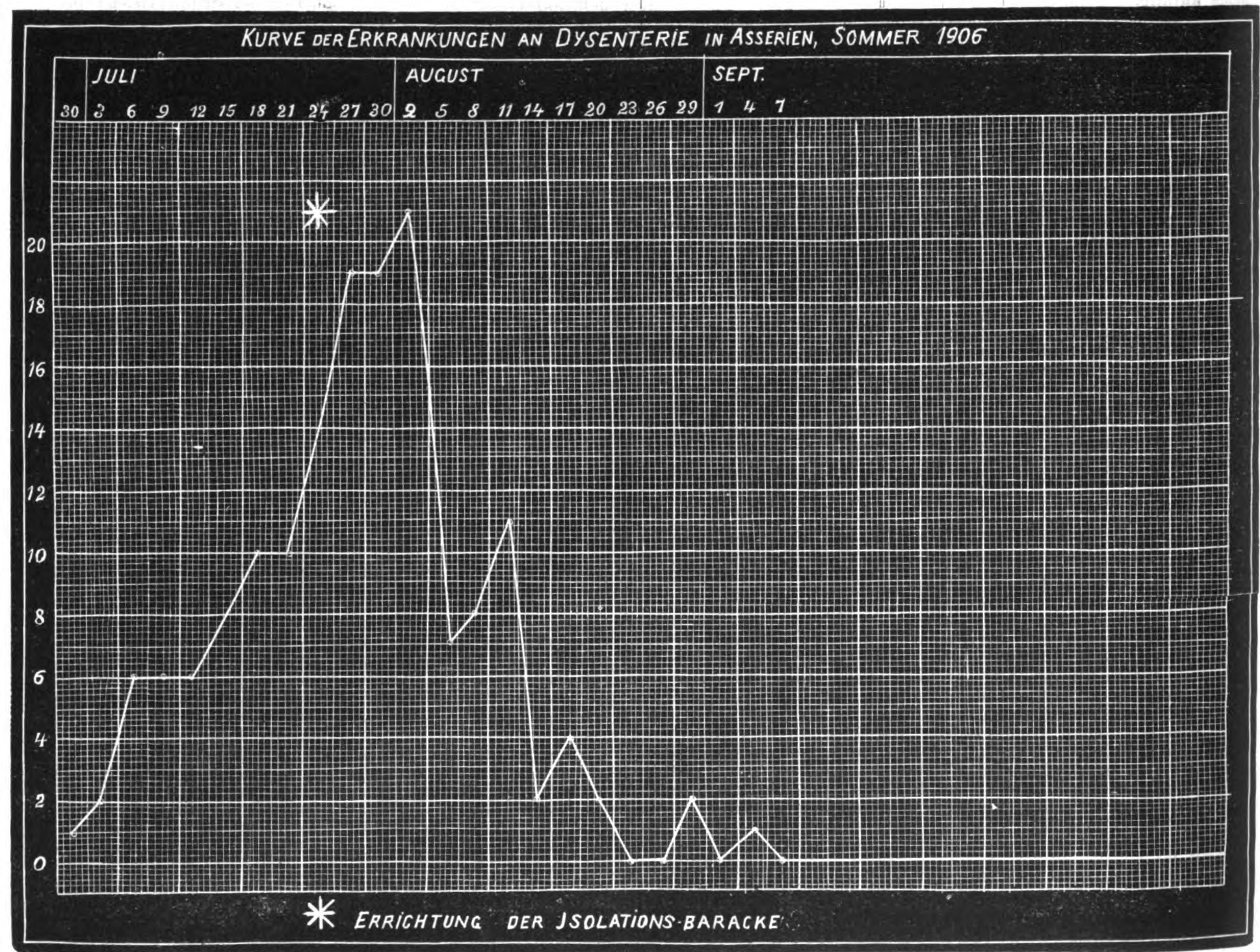
Die grosse Erkrankungsziffer erklärt sich durch die abnorm warme und trockene Witterung und dadurch hervorgerufene Fliegenplage einerseits, durch mangelhafte hygienische Verhältnisse andererseits wie sie durch Conflux grösserer Massen von Wanderarbeitern bei vorgenommenen Neubauten bedingt waren. Energische Desinfektion auf dem verseuchten Rayon und Errichtung einer Isolationsbaracke brachten die Epidemie zum Stillstand, was durch Vorweisen von Diagrammen und Tabellen veranschaulicht wurde. Als Krankheitserreger wurde vom chem. bakteriol. Laboratorium v. Winkler Reval ein dem Typhusbazillen vollkommen gleiches Bakterium gefunden.

Tabelle I.

Männer	%	Frauen	%	Zusammen	%	
650	%	250	%	900	%	Am Ort
123	18,9	29	11,6	152	16,9	Erkrankt
7	5,6	5	17,3	12	7,9	Gestorben

Tabelle II.

Im Alter von — bis	Erkrankt	Gestorben	%
1–10	21	3	14,28
10–20	30	1	3,33
20–30	45	3	6,66
30–40	41	1	2,69
40–×	15	4	26,66
Summa . .	152	12	7,9



Eine Identifizierung mit einer der bekannten Dysenteriebazillenarten (Shiga-Kruse resp. Flexner, resp. Ogata) misslang aus zufälligen Gründen.

Die Inkubationszeit betrug 2—3 Tage, die Krankheitsdauer war in allerleichtesten Fällen ca. 5 Tage, in mittelschweren ca. 14 Tage, seltener länger; ein Fall dauerte 5 Wochen. Temperatursteigerungen wurden nie vermisst, meist schwankte die Temperatur zwischen 37,5 und 38,0, höhere Temperaturen wurden nur in den allerschwersten Fällen (— 40,2) beobachtet. Erbrechen war sehr selten. Als Komplikation wurde einmal doppelseitige parotitis suppurativa, 9 mal stärkere intestinale Blutungen beobachtet.

Unter den in der Litteratur empfohlenen Mitteln fand Vortragender kein Specificum. Relativ am besten bewährte sich Ol. Ricini 25,0 2 Mal pro die in den ersten 3 Tagen, oder Magnesia sulfur 25,0 1 Mal tägl. 3 Tage lang. Häufig liess sich durch diese Medikamentation die Dysenterie coupieren. Zur örtlichen Behandlung eignete sich am besten das Merksche 3proz. Perhydrol; mit 5 Teilen Wasser versetzt und auf 36° C. erwärmt wurde es 1—2 Mal tägl. in der Menge von 1 L. in das Rectum eingeführt und ca. 5 Minuten eingehalten (nach einer englischen Vorschrift).

Ipecacuanha erwies sich als wirkungslos, Opium als direkt schädlich, dagegen bewährte sich Morphium 0,01—0,02 ausgezeichnet gegen die quälenden Tenesmen. Als Nachkur wirkte Thiokoll 0,5 4 Mal tägl. recht günstig (Thiokoll 6,0 Aq. dest. 1200 Syr. cort. Aurant. 60,0). Das neue Dysenterieserum von Dr. Njeporoshny Petersburg war Vortragendem erst nach Ablauf der Epidemie zugänglich gewesen, konnte also nicht geprüft werden. Die mit demselben anderwärts erzielten Resultate sollen aber ganz vorzügliche sein, Veröffentlichungen über dieses Serum sind noch nicht erschienen. — Vortragender kommt zu folgenden Schlussfolgerungen:

1. Jede Dysenterieepidemie soll sofort bakteriologisch bestimmt werden.

2. Versuche mit dem Serum Njeporoshny (aus dem Institut für Experimentalmedizin in St. Petersburg erhältlich) sind dringend anzuraten.

3. Alle Dysenteriefälle sind streng zu isolieren und womöglich klinisch zu behandeln.

4. Das Opium ist aus der Dysenteriebehandlung auszuschliessen und durch Morphium zu ersetzen.

NB. Nach dem Aerztetage hat Vortragender an zwei Fällen die positive Wirkung des Serums von Njeporoshny beobachtet. Vollständige Genesung trat in dem einen Falle nach 6 Stunden im anderen nach 12 Stunden ein.

(Autoreferat).

Vor Eröffnung der Diskussion wird nachfolgendes Schreiben verlesen und vom Präses die Mitteilung gemacht, dass einige Fläschchen Ruhrserum durch seine Vermittelung kostenlos erhältlich sind.

Hochverehrter Herr Doktor!

Ueberreiche Ihnen hiermit 3 Fläschchen des neuesten Dysenterie-Serums in Originalpackung.

Dasselbe ist im Institut für Experimental-Medizin gewonnen worden. Analog dem Diphtherieserum werden Pferden steigende Dosen Dysenteriegift eingespritzt bis dieselben auch den grössten Mengen Dysenteriebakterien stand halten. Das durch Venenpunktion erhaltene Blut wird auf Serum verarbeitet. Es ist vollkommen bakterienfrei. Eingehende Versuche überzeugten auch mich davon.

In früheren Jahren ist mit wechselndem Erfolge bald die eine, bald die andere Bakterienart zum Immunisieren benutzt worden. Die Resultate waren und blieben unzuverlässig, bis Dr. Njeporoshny die von Flexner (auf den Philippinen) isolierten Dysenteriebakterien in Anwendung nahm. Die Heilerfolge an fast 1000 Fällen in den verschiedensten Orten des Reiches lehrten, dass mit dieser Kultur die eigentlichen Erreger der Dysenterie, die Stammform aufgefunden ist. Das mit Hilfe der Flexner'schen Kultur hergestellte Serum äusserte seine Wirkung gegenüber allen bisher aufgefundenen Dysenterieformen bakteriellen Ursprungs und zwar mit einer Wahrscheinlichkeit von mindestens 98 pCt.!!

Die anzuwendende Menge beträgt 20 ccm., bei schweren Erkrankungen kann die Dosis auf das $1\frac{1}{2}$ bis 2-fache unbedenklich gesteigert werden. Eingespritzt wird subkutan, am besten in die Leistengegend der Bauchhaut. Leichtes Verreiben begünstigt die Resorption. Nebenerscheinungen keine. 12 bis spätestens 24 Stunden nach der Einspritzung bessert sich das Allgemeinbefinden der Kranken zusehends. Die Zahl der Ausleerungen ist regelmässig eine schon normale, Leibschmerzen und Tenesmus hören auf.

Die leichte Trübung des Serums wird durch Anwärmen auf 30° C. bis höchstens + 35 Celsius behoben.

Nach obigen Ausführungen dürfte es wünschenswert erscheinen eine möglichst grosse Zahl Aerzte mit der Wirkung dieses Heilmittels bekannt zu machen. Die bakterielle Dysenterie hat auch in Estland Opfer gefordert. Die bisherige Mortalität ist eine erschreckend grosse gewesen.

Bis auf Weiteres können den Herrn Aerzten 6 weitere Serumfläschchen kostenlos zur Verfügung gestellt werden. Späterhin wird sich der Preis auf etwa 2 Rbl. pro Fläschchen stellen.

Mit vorzüglicher Hochachtung

Henry v. Winkler.

Diskussion:

Herr Vogt-Waiwara: Nach meinen Erfahrungen bei der Epidemie auf dem Kriegsschauplatz haben Opium- und Tanninclysmata keine schlechte Wirkung gehabt. Ich gab Opium 0,02 mit Tanalbin 1,0 3 mal täglich und 1 bis 2 tägliche Eingiessungen von 1 pCt. Tanninlösungen, beides mit gutem Erfolge, verhältnissmässig sehr wenigen Todesfällen trotz der recht schweren Krankheitsfälle. Sowohl Opium wie Tannin wurde von den Patienten gut vertragen.

Herr Sohn-Reval: Ich habe bei einer grösseren Ruhrepidemie auf Oesel in den 90iger Jahren zahlreiche Personen mit täglichen Gaben von Ol. Ricini am Morgen und ein bis 2 Opiumpulver, die nach der Darmreinigung zur Nacht genommen wurden, behandelt. Ausserdem benutzte ich bei Blutungen im Stuhl feingepulverte Holzkohle von der mehrere Teelöffel täglich mit Wasser gegeben wurden. Ich hatte durchaus Grund mit dieser Behandlungsmethode zufrieden zu sein.

Herr Luig-Kunda spricht die Vermutung aus, dass bei der Verbreitung der Ruhrkeime die Fliegen speziell Musca domestica eine sehr erhebliche Rolle spielen, worauf bei der Prophylaxe zu achten wäre. So müssten z. B. die Abtrittgruben sorgfältig gedeckt werden.

Herr Lockenberg-Luggenhusen hebt hervor, dass die Fliegen (besonders die Stubenfliege) ganz gewiss eine grosse Rolle bei Verbreitung von Epidemien wie z. B. Ruhr spielt, da die Hausfliege ihre Eier gewöhnlich in den menschlichen Kot legt, wo die Entwickelung zur Larve und jungen Fliege stattfindet, welche letztere infiziert sein kann und dann die Infektion weiter zu tragen im Stande ist indem sie sich auf Nahrungsmittel und Lippen der Menschen niederlässt. Daher ist es zu empfehlen, dass bei Dysenterie, Typhus und Kindercholerine auf Ausrottung und Ausschluss der Fliegen ausgegangen werde.

3. Herr Sohrt-Reval: Die sanitäre Tätigkeit auf der Fahrt des zweiten Geschwaders bis zur Schlacht bei Tsuschima.

(Ein Referat ist nicht eingesandt worden).

4. Herr Thomson-Reval: Die Wirkung der subkutanen Ameisensäure-Injektion bei Lungentuberkulose.

Bezugnehmend auf eine Arbeit des Dr. med. Eduard Krull aus Gustrow in Mecklenburg, betitelt: «Eine neue Methode zur Heilung der Tuberkulose, der chronischen Nephritis und des Karzinoms mittels subkutaner Injektionen einer sehr verdünnten wässerigen Lösung der offiziuellen Ameisensäure» hatte T. Versuche an einigen Lungentuberkulosen mit obengenannter Lösung gemacht und Resultate erzielt, die zwar nicht als Heilung, wohl aber als unverkennbare Kräftigung der Patienten zu deuten waren. Speziell war bei den 4 näher beobachteten Patienten eine mehr oder weniger starke Gewichtszunahme zu konstatieren, ohne dass bei einem denselben eine Aenderung der Lebensbedingungen statthaben konnte. Die Prozedur der ein-, höchstens zweimaligen Injektion ist einfach und das Resultat nach T.'s Meinung ein besseres, als nach den vielfach anerkannten Landerer'schen intravenösen Hetolinjektionen.

Berücksichtigung in der Litteratur scheint die Krull'sche Methode bisher nicht gefunden zu haben, ausser einem Referat Eschle's in dem Therapeut. Monatsheft von 1902 S. 546.

T. schlägt vor, Kontrollversuche in grösserem Massstabe zu machen, als ihm möglich gewesen ist. Unangenehme Nebenerscheinungen nach der Injektion liessen sich wohl durch sehr starke Verdünnung vermeiden. Krull selbst schlägt eine Lösung von eins zu einer Million und mehr vor.

(Autoreferat).

Diskussion:

Herr Kusick-Reval: Was die Tuberkulosebehandlung betrifft, so wird auch gegenwärtig noch vielfach Tuberkulin injiziert und zwar mit gutem Erfolge bei Vermeidung von Fieberreaktion.

Zur Natr. cinnamylicumbehandlung kann ich nur bemerken, dass ich seit ca. 11 Jahren diese Behandlung übe und zwar recht gute Resultate zu verzeichnen habe, nur muss man mit Auswahl injizieren.

Herr Weiss macht darauf aufmerksam, dass Natr. formicicum in Dosen von 1,0 3 mal täglich gegen muskuläre Schwächezustände empfohlen wird; Versuche an Patienten und sich selbst überzeugten ihn von der günstigen Wirkungsweise des Mittels.

5. Sitzung.

Sonntag von 12—2 Uhr Nachmittags.

Herr Hirsch-Reval: «Einige Bemerkungen zur Definition der Hysterie».

1. Obgleich seit Alters in ihren Erscheinungen bekannt, ist uns die Hysterie auch heute noch in ihrem Wesen dunkel, und es giebt noch keine allgemein anerkannte Definition dieser Krankheit. Vortr. beleuchtet die Anschauungen der neueren Autoren über das Wesen der Hysterie, welche seit Charcot darin einig sind, dass es sich um eine psychische Krankheit handelt: auch alle körperlichen Hysterie-Symptome sind psychogenen Ursprungs. Am wertvollsten erscheint dem Vortr. die Definition Janet's, welcher am konsequentesten erstens die Einengung des Bewusstseins der Hysterischen betont, zweitens aber die Analogie zwischen hysterischen und hypnotischen Zuständen.

Nachdem Vortragender die Einengung des Bewusstseins als eine Einengung der Aufmerksamkeit — (und da diese eine Willensfunktion ist, als Willenskrankheit) — näher zu begründen versucht hat, schlägt er folgende Definition der Hysterie vor: Hysterie ist eine Krankheit der gesammten Psyche, bei welcher in erster Linie der Wille verändert ist, und zwar in der Weise, dass er seine Aktivität in der Lenkung der Aufmerksamkeit verloren hat und nun nach den Gesetzen der Suggestion geleitet wird durch Dinge, die ausserhalb des Bewusstseins des Kranken liegen, seien dies unbewusste Vorgänge der eigenen Psyche, sei es ein fremder Wille. — Hiernach kann die einzige Therapie der Hysterie auch nur die suggestive sein. Der kranke Wille wird einzig und allein durch einen gesunden geheilt.

(Autoreferat).

Diskussion:

Herr v. Kügelgen weist darauf hin, dass jede Begriffsbestimmung der Hysterie durch die der normalen Psychologie entnommenen Ausdrücke an der subjektiven Auffassung und wechselnden Umgrenzung letzterer kranken müsse. So entspricht eine willkürliche Einengung des Bewusstseins auch dem normalen Zustande der Aufmerksamkeit, der Konzentration bei der Arbeit. Den Willen in den Brennpunkt der Frage zu stellen sei misslich, weil sein Wesen psychologisch zu verschieden dargestellt werde.

In Bezug auf die Brener-Freud'sche Behandlung muss an die von Aschaffenburg geäusserten Bedenken erinnert werden, der in dem andauernden Konzentrieren der Aufmerksamkeit des Kranken auf das sexuelle Gebiet besonders bei weiblichen Patienten eine unleugbare Gefahr sieht, während der Nutzen nur in dem notwendigen subtilen Eingehen auf die Persönlichkeit des Kranken liegt. Kügelgen glaubt die Erklärung der doch unleugbaren günstigen Erfolge des Brener-Freud'schen Verfahrens in der Analogie desselben mit dem der Zauberer zu finden. Hier wie dort muss der Eintritt des erwünschten Erfolges von dem Eintreffen einer mit entsprechender Spannung verbundenen Vorstellung abhängig gemacht werden, wobei aber jede andere dieselben Dienste leisten könnte wie die eines sexuellen Traumas.

Herr Hirsch: Der Unterschied zwischen normaler Einengung des Bewusstseins bei konzentrierter Aufmerksamkeit und der Einengung bei der Hysterie besteht eben darin, dass bei letzterer die Direktion der Aufmerksamkeit dem Willen entzogen ist. Zur Brener-Freud'schen Theorie ist zu bemerken, dass sie theoretisch von grosser Bedeutung ist durch Erweiterung unseres Verständnisses der Genese vieler Hysteriefälle; praktisch dagegen ist sie für die Therapie nicht zu verwenden: man kann durch Anwendung derselben unberechenbaren Schaden anrichten, und erreichen kann man im besten Falle nur dasselbe, wie durch Anwendung anderer suggestiver Methoden.

2. Herr Greiffenhagen-Reval: Ueber chirurgische Eingriffe zur Entfernung von Fremdkörpern aus den oberen Luft- und Speisewegen.

Gr. bespricht die heute üblichen Methoden der Diagnostik und Therapie unter besonderer Berücksichtigung der Röntgenuntersuchung und Oesophagoskopie mit Demonstration des Instrumentariums und der Technik. Gr. betont den Wert des Durchleuchtungsschirmes, dessen überzeugende Bilder auch dem Laien imponieren, dem Chirurgen den Consens zu sofortigem Eingriff schaffen. Vortr. demonstriert eine Anzahl von Fremdkörpern (Nadeln-, Holz-, Metall- und Knochenstücke) die teils auf endolaryngealem resp. oesophagoskopischen teils auf blutigoperativem Wege von ihm entfernt wurden und berichtet über 3 Oesophagotomien, 1 Pharyngotomia subhyoidea und 1 Tracheotomie wegen Fremdkörper. In einem Fall von Oesophagotomie trat der Tod an Sepsis ein (6jähriges Kind, das vor 8 Tagen eine Münze verschluckt hatte, kam schon mit einer Halsphlegmone zur Operation). Die anderen Fälle genasen. Bei der Pharyngotomia subhyoidea wurde ein spitzes Knochenstück entfernt — Heilung. Gr. erinnert an die sehr quälenden Nachkrankheiten, die bei neurasthenisch veranlagten Individuen entstehen können, wenn es nicht gelang den Fremdkörper ad oculos zu demonstrieren und erwähnt die Schwierigkeit der differenziellen Diagnose bei beginnenden Stenosen und Neubildungen, die Veranlassung zum Steckenbleiben kleinster Fremdkörper geben können.

Seine Stellung gegenüber der Frage, welche Fremdkörper der praktische Arzt resp. Landarzt selbst entfernen soll, präzisiert Gr. in folgenden Sätzen:

1) Alle Fremdkörper, die dem Auge und dem Finger zugänglich sind, können vom praktischen Arzte entfernt werden, sofern sie nicht ein besonderes Instrumentarium erfordern.

2) Weiche, nicht voluminöse Fremdkörper, welche sicher im Oesophagus stecken, können vom praktischen Arzte am besten nach vorausgeschickter Morphiuminjektion mit der Schlundsonde oder dem Schlundstösser in den Magen befördert werden.

3) Alle Fremdkörper, die unterhalb der Epiglottis sitzen, alle harten und spitzen in der Speiseröhre steckenden sowie endlich alle, die Respirationsstörungen verursachen, sollen zur möglichst baldigen Entfernung dem Laryngologen resp. Chirurgen überwiesen werden, falls nicht sofortige Tracheotomie indiziert ist.

(Autoreferat).

Diskussion:

Herr Haller-Reval referiert über folgenden Fall: Zu Anfang dieses Jahres wurde mir ein etwa $1^1/_2$-jähriges Kind vorgestellt, das an der Hinterseite des Thorax links ein erbsengrosses Hautloch aufwies, durch das die Luft pfeifend aus und einstrich: Die Fistel sezernierte dabei etwas grünlichen Eiter; die Sonde kam in eine kleine Höhle, die allseitig abgeschlossen schien; in die Lunge mit der Sonde zu gelangen war nicht möglich. Das Kind war zum Skelett abgemagert. Auf meine Frage übergab mir der Vater des Kindes eine wohlerhaltene Kornähre und berichtet, dass vor 2 Tagen sich diese Aehre im Hautdefekt gezeigt hätte und von ihm dann hervorgezogen sei. Der Vater gab ferner an, dass vor Weihnachten das Kind in einem Zimmer, wo Stroh auf der Diele lag, gesessen habe und dort «so besonders» gehustet habe. Die Mutter, die im Nebenzimmer beschäftigt gewesen, hätte aber nicht feststellen können, weshalb das Kind gehustet habe. Bald nach Weihnachten hätte das Kind immer heftigeren Husten bekommen und sei immer kränker geworden habe Fieber gehabt und sei immer mehr abgemagert. Das Kind starb 7 Tage nach der Besichtigung.

Auffallend erscheint, dass die im Vergleich zu dem kindlichen Kehlkopf so grosse Aehre beim Eindringen so geringe Suffokationserscheinungen machte. Die Aehre muss glatt und leicht in den rechten Bronchus gelangt sein, schob sich dann von hier aus weiter und bohrte sich schliesslich durch Lungengewebe und Pleura weiter nach aussen, indem die Granen ein Zurücktreten verhinderten.

Herr Kusik-Reval: Auf einer privaten Besuchsfahrt (ohne Instrumentarium) wurde mir ein circa $1^1/_2$-jähriges Kind mit starken Atembeschwerden und blutigem Schaum vor dem Munde zugetragen. Bei der digitalen Untersuchung des Rachens fand sich ein ringförmiger Fremdkörper, der sich auf die Epiglottis geschoben hatte und grade mit der Fingerkuppe erreicht werden konnte. Die Entfernung gelang nur als das Kind an den Beinen gefasst und bei herabhängendem Kopf an dem Fremdkörper gerührt wurde. Es handelte sich um einen Siegelring, dessen Stein ausgefallen war und die scharfen Kanten der Fassung waren es wohl, die den Ring festhielten.

3. Herr v. Middendorff-Reval: Ueber Hornhauterkrankungen.

M. bespricht einige der für den Nichtspezialisten wichtigsten Hornhauterkrankungen insbesondere das Ulcus serpens und die Hauptgesichtspunkte bei der Behandlung derselben.

4. Beratungen über die Statuten der Gesellschaft: Der Vorstand wird nach längerer Beratung beauftragt unter Hinzuziehung einer grösseren Anzahl von Kollegen eine Revision der Statuten vorzunehmen und eventuell eine Umwandlung der Gesellschaft in einen sog. registrierten Verein vorzubereiten resp. ein diesbezügliches Gesuch einzureichen.

5. Beratungen etwaiger Instruktionen für die Verwaltung: Der Präses bittet die Kollegen sich zu melden als Referenten für Themata zum nächsten Aerztetage, sowie Themata bis zum 1. Januar bei ihm anzumelden. Nach längerer Debatte autorisiert die Versammlung den Vorstand Referenten zu wählen, welche diese Wahl anzunehmen für eine Ehrenpflicht halten sollen. Die Stiftung eines Reisestipendiums wird verschoben.

6. Verlesung des Protokolls wird der vorgerückten Zeit wegen verschoben.

7. Der Präses schliesst den III. Estländischen Aerztetag.

Tagesnachrichten.

Personalia.

— Goldenes Professorjubiläum. Am 7. Oktober n. St. vollendeten sich 50 Jahre, seit der berühmte Chirurg, Professor emer. Dr. Friedrich v. Esmarch, zum ordentlichen Professor an der Universität Kiel ernannt wurde. Der jetzt im Alter von 84 Jahren stehende Jubilar hat in Anerkennung seiner hervorragenden Verdienste, welche er sich um die chirurgische Wissenschaft, als akademischer Lehrer sowie als praktischer Chirurg in Kriegs- und Friedenszeiten erworben, an seinem Ehrentage zahlreiche warme Glück- und Segenswünsche erhalten, darunter auch ein Telegramm von Kaiser Wilhelm.

— In Riga beging am 27. September der dortige freipraktizierende Arzt Dr. Bernhard Blechmann, ein ehemaliger Jünger der Dorpater Universität, das 25-jährige Jubiläum seiner ärztlichen Tätigkeit.

— Der Divisionsarzt der I. ostsibirischen Schützendivision, wirkl. Staatsrat Dr. Ssubbotin, ist zum Korpsarzt des I. sibirischen Armeekorps ernannt worden.

— Der Brigadearzt der 60. Infanterie-Reservebrigade Staatsrat Dr. Kokossow ist auf eigenes Ersuchen mit Uniform und Pension verabschiedet worden, unter gleichzeitiger Beförderung zum wirkl. Staatsrat.

— Der ausseretatmässige Konsultant des St. Petersburger Nikolai-Militärhospitals, Staatsrat Dr. Jakimowitsch, ist zum Oberarzt dieses Hospitals ernannt worden.

— Der Direktor des Jakutsker Kinderasyls und stellv. Medizinalinspektor des Jakutengebiets, wirkl. Staatsrat Dr. Winogradski, ist auf sein Ersuchen der erstgenannten Stellung enthoben worden.

— Der Gehülfe des Gouvernements-Medizinalinspektors von Tomsk, Dr. Milosslawski, ist zum Gehülfen des Orenburgschen Gouvernements-Medizinalinspektors ernannt worden.

— Als Nachfolger des in den Ruhestand tretenden Professors Dr. Ssinizyn auf dem Lehrstuhl der chirurgischen Pathologie an der Moskauer Universität ist, wie verlautet, der Privatdozent dieser Universität Dr. Beresowski von der medizinischen Fakultät in Aussicht genommen.

— Dem Privatdozenten für Chirurgie und Oberarzt an der chirurgischen Klinik der Universität Königsberg, Dr. Alfred Stieda, ist der Professortitel verliehen worden. Prof. Alfred Stieda, der gegenwärtig im 38. Lebensjahre steht, ist in Dorpat geboren und ein Sohn des gegenwärtig in Königsberg, früher lange Jahre in Dorpat tätigen Professors der Anatomie Dr. Ludwig Stieda, mit dem er i. J. 1885 von Dorpat nach Königsberg übersiedelte.

— Der bekannte Otologe Professor ord. Dr. A. Politzer, Vorstand der Universitätsklinik für Ohrenkranke in Wien, ist nach Erreichung der gesetzlichen Altersgrenze in den Ruhestand getreten. Zu seinem Nachfolger ist der ausserordentliche Professor Dr. Victor Urbantschitsch, der bisher die Sektion für Ohrenkrankheiten an der Allgemeinen Poliklinik in Wien leitete, ernannt worden, unter gleichzeitiger Beförderung zum ordentlichen Professor.

Nekrologe.

— Verstorben sind: 1) Am 24. September in Jalta, der ehemalige Warschauer Professor der allgemeinen Therapie und Diagnostik, Staatsrat Dr. Michael Sjenez im 62. Lebensjahre. Nach Absolvierung seiner Studien im Jahre 1878 war der Verstorbene in den 90er Jahren anfangs Dozent für spezielle Pathologie, dann Professor auf dem Lehrstuhl der Diagnostik an der Warschauer Universität. Zugleich fungierte er als Arzt an dem Taubstummen- und Blindeninstitut in Warschau. Im Jahre 1900 nahm er seinen Abschied und liess sich als praktischer Arzt in Rostow a/Don nieder. In der letzten Zeit praktizierte er in Moskau. 2) Am 26. August in Moskau einer der ältesten Aerzte dieser Stadt, Dr. Meliton Bogoljubow, im Alter von nahezu 80 Jahren an Tuberkulose. Vor nunmehr 53 Jahren erlangte er den Arztgrad an der Moskauer Universität und begann gleich darauf seine ärztliche Tätigkeit im Tulaschen Gouvernement, wo er auch als Stadt- und Kreisarzt in Jepifan fungierte. Nachdem er sodann mehrere Jahre hindurch zur weiteren Vervollkommnung seine Studien in Paris und Berlin fortgesetzt hatte, wurde er zum Oberarzt der Anstalten des Kollegiums der allgemeinen Fürsorge in Cherson ernannt. Im Jahre 1882 siedelte er nach Moskau über, wo er als Arzt bei der Technischen Schule und bei den Kronstheatern fungierte, bis er 1893 nach 40-jährigem Dienst verabschiedet wurde. Der Hingeschiedene ist auch ein sehr fruchtbarer Schriftsteller gewesen: ausser mehr als 100 gemeinverständlichen hygienischen Artikeln in verschiedenen Tageblättern, hat er viele grössere Arbeiten, wie eine «Praktische Pharmakologie», «Neue Heilmittel», «Kefir», «Erste Hülfe» u. s. w. veröffentlicht. 3) In Warschau der freipraktizierende Arzt Boleslaw Shebrowski im 31. Lebensjahre nach 7-jähriger ärztlicher Tätigkeit. 4) In Charkow der Fabrikarzt aus dem Kirchdorfe Nisy (Gouv. Charkow) Dr. Gregor Ostrjanin im 40. Lebensjahre. Der Verstorbene hatte die Venia practicandi i. J. 1893 erlangt. 5) In Braunschweig der Hygieniker Prof. Dr. Rudolf Blasius im 65. Lebensjahre. Anfangs Militärarzt, liess er sich 1874 als praktischer Arzt in Braunschweig nieder und bekleidete an der dortigen technischen Hochschule auch das Amt des Professors der Hygiene. Auf dem Gebiete der öffentlichen Gesundheitspflege entfaltete er eine rege Tätigkeit, wie das die von ihm in verschiedenen hygienischen Fachzeitschriften veröffentlichten zahlreichen Arbeiten über Schulhygiene, Wasserversorgung, Milchsterilisierung u. s. w. beweisen. 6) In Brüssel der bekannte Krebsforscher Dr. Roquette an Kehlkopfkrebs. Wie verlautet, hat er sich die Krankheit durch Infektion bei seinen Arbeiten zugezogen. Sein im vorigen Jahre verstorbener Mitarbeiter Dr. Jacobs soll, wie behauptet wird, an derselben Krankheit infolge von Infektion zu Grunde gegangen sein.

Von Universitäten und medizinischen Instituten.

— Zum Präses der staatlichen medizinischen Prüfungskommission bei der Odessaer Universität für das Lehrjahr 1907/8 ist der Dekan der dortigen medizinischen Fakultät Prof. S. Lewaschew und zu Gliedern der Kommission sind die Professoren N. Batujew, S. Golowin, A. Korsch, N. Popow und N. Uschinski vom Ministerium der Volksaufklärung ernannt worden.

— Im hiesigen weiblichen medizinischen Institut hat bei den dieser Tage erfolgenden Wahlen der Direktionsmitglieder des Instituts die Wiederwahl des bisherigen Direktors Prof. S. Salaskin, des Direktorgehülfen Prof. A. Kadjan sowie des Gelehrten Sekretärs Prof. A. Lichatschew stattgefunden.

— Das Gesuch des weiblichen medizinischen Instituts um die Bewilligung zur nachträglichen Aufnahme von 26 Jüdinnen über die Norm ist vom Ministerium der Volksaufklärung abschlägig beschieden worden.

— Die Russische Pharmazeutengesellschaft hat sich an den Rektor der Moskauer Universität mit dem Ersuchen gewandt, alle (44) jüdischen Studenten, welche über den Komplekt verbleiben, aufzunehmen. Der Rektor hat, wie die «Mosk. D. Ztg.» erfährt, versprochen, beim Ministerium der Volksaufklärung das Gesuch der Pharmazeutengesellschaft zu befürworten.

— Zum Dekan der medizinischen Fakultät der Berliner Universität ist für das Lehrjahr 1907/8 der Kliniker Prof. Dr. F. Kraus gewählt worden.

— Der Privatdozent der Berliner Universität Prof. Dr. Westenhoefer ist von der chilenischen Regierung als Prof. ord. für allgemeine Pathologie und pathologische Anatomie an die Universität Santiago in Chile berufen worden. Mit der Berufung ist der ehrenvolle Auftrag verbunden, den Unterricht in der pathologischen Anatomie und die Beziehung zwischen den Kliniken und der pathologischen Anstalt nach deutschem Muster einzurichten. Es sind ihm auch die Laboratorien sämtlicher öffentlichen Krankenanstalten unterstellt worden.

— Zum Nachfolger Prof. Dr. Chrobaks als Direktor der II. geburtshülflich-gynäkologischen Klinik der Wiener Universität ist der Prof. ord. der Heidelberger Universität Dr. A. v. Rosthorn ernannt worden. Wie in Heidelberg verlautet, wird der ausserordentliche Professor der Gynäkologie Dr. J. Schottländer daselbst den Prof. v. Rosthorn zu Ostern 1908 nach Wien begleiten, um dort die Stellung als Direktor des Laboratoriums der neu erbauten Frauenklinik zu übernehmen.

Standesangelegenheiten.

— Das Moskauer Stadtamt hat einen Plan für Reorganisierung der städtischen Gebärasyle ausgearbeitet. Bisher standen diese Asyle unter der Aufsicht von Aerzten, welche dafür eine äusserst geringe Vergütung erhielten. Jetzt sollen Aerzte regelmässig in den Asylen dejourieren und jeder von ihnen soll eine Entschädigung von 100 Rbl. monatlich erhalten. Beim 10. Asyl wird ausserdem ein Ambulatorium für Frauenkrankheiten und eine stationäre gynäkologische Abteilung mit 7 Betten eröffnet werden.

— Der Militärarzt Dr. F. W. Gussarow, welcher der sozialistischen Militärorganisation angehörte, wurde vom St. Petersburger Militär-Bezirksgericht zum Verlust aller Standesrechte und zu 4 Jahren Zwangsarbeit verurteilt. Der Student der militär-medizinischen Akademie Kirnos, welcher desselben Verbrechens angeklagt war, wurde freigesprochen.

— Der Moskauer Gouverneur hat seine Zustimmung zur Anstellung der Hebamme Ssereda in einer Heilanstalt der Moskauer Gouvernements-Landschaft verweigert.

— Wie die St. Petersburger Telegraphenagentur meldet, ist im Flecken Wtscheraische (i. Skwiraschen Kreise des Kiewschen Gouvernements) der dortige Arzt Moses Dawidowitsch von Räubern gefesselt und um 1500 Rbl. beraubt worden.

— Im Laboratorium des Moskauer städtischen Krankenhauses erfolgte infolge unvorsichtigen Umgiessens von Gasolin eine Explosion, durch welche Dr. Lebedew und 3 Diener verletzt wurden. Das Laboratorium ist nebst einem Teil des Ambulanzkabinetts ausgebrannt.

— Wie aus Nishni-Nowgorod den «Russ. Wed.» telegraphiert wird, sind vom dortigen Gouverneur 5 Aerzte der Arsamasschen Landschaft auf administrativem Wege bestraft worden, weil sie die Kreis-Sanitätskommission boykotiert haben. (R. Wr.)

— Nach den übereinstimmenden Berichten mehrerer Zeitungen haben im Lokal der Pirogowgesellschaft in Moskau sowie in der Wohnung des in Moskau lebenden früheren Smolenskischen Landschafts-Sanitätsarztes Dr. D. N. Shbankow polizeiliche Haussuchungen stattgefunden, wobei jedoch nichts Gravierendes gefunden sein soll.

Verschiedene Mitteilungen.

— Am 28. September drangen neun Räuber während der Gagenverteilung in das von dem Verein der Naphthaindustriellen in Balachna bei Baku unterhaltene Fabrikshospital, entwaffneten den dejourierenden Polizisten und raubten ca. 800 Rbl.

— Von einer in Warschau kürzlich verstorbenen Frau Laskowski, sind dem dortigen Evangelischen Hospital 2000 Rbl. und der Gesellschaft für schnelle ärztliche Hülfe 500 Rbl. testamentarisch vermacht worden.

— Die Schwesternschaft für Krankenpflege «Albertina», welche vor einem Jahre in Riga in's Leben getreten ist, hielt am 29. September ihre erste Mitgliederversammlung unter der Leitung des Präses ihres Kuratoriums Dr. A. Keilmann ab. Das Arbeitsgebiet der Schwesternschaft war, wie wir den rigaschen Blättern entnehmen, im ersten Jahre fast ausschliesslich das Stadtkrankenhaus in Riga, an welchem gegenwärtig 16 dieser Schwestern beschäftigt sind und von Aerzten des Krankenhauses praktische und theoretische Anleitung erhalten. Späterhin werden die Schwestern auch ausserhalb des Krankenhauses, in der Privatkrankenpflege, dem zunehmenden Bedürfnis nach gebildeten und wissenschaftlich geschulten Pflegerinnen abhelfen.

— Drei Fälle von Lepra sind hier dieser Tage konstatiert und im städtischen Kalinkinhospital untergebracht worden.

— Ozonisierung des Trinkwassers. Auf dem letzten Kongress für Hygiene und Demographie in Berlin hat der Chemiker Erlwein (Berlin) wieder auf den Wert der Ozonisierung des Trinkwassers aufmerksam gemacht. Ozon in richtiger Form und Menge angewandt, tötet die pathogenen Bakterien im Wasser sicher; gleichzeitig werden die harmlosen Wasserbakterien auch auf ein Minimum reduziert. Bei der Besprechung der zurzeit im normalen oder Versuchsbetriebe arbeitenden Ozonwasserwerke konnte darauf hingewiesen werden, dass sowohl das Siemenssche Ozonwasserwerk in Paderborn, welches seit 4 Jahren das gesammte Trinkwasser der Stadt liefert, mit durchaus befriedigendem Erfolge arbeitet, als auch, dass die nach dem Sterilisationssystem von Abraham und Marmier, nach dem Ottoschen System in Nizza und nach dem System De Friese in Paris arbeitenden Ozonwasserwerke und Ozonanlagen ebenfalls einen durchaus befriedigenden bakteriziden und ökonomischen Effekt erzielen. In Paderborn hat nach Ansicht der Aufsichtsbehörden die Ozonisierung des Trinkwassers bis jetzt prophylaktisch gegen die bisher sehr häufigen Typhusepidemieen gewirkt.

Bf.

— Die Gesamtzahl der Kranken in den Zivilhospitälern St. Petersburgs betrug am 22. Sept. d. J. 11778 (980 mehr als in der Vorwoche), darunter 723 Typhus — (109 mehr), 1002 Syphilis — (20 mehr), 299 Scharlach — (37 mehr), 287 Diphtherie — (36 mehr), 61 Masern — (10 mehr), und 3 Pockenkranke — (0 wen. als in der Vorw.).

— Die Gesamtzahl der Sterbefälle in St. Petersburg betrug in der Woche vom 16. bis zum 22. Sept. d. J. im ganzen 654 (353 M., 301 W.), darunter an folgenden Krankheiten:

Typhus exanth. 0, Typhus abdom. 16, Febris recurrens 0, Typhus ohne Bestimmung der Form 1, Pocken 0, Masern 12, Scharlach 19, Diphtherie 17, Croup 0, Keuchhusten 9, Kroupöse Lungenentzündung 17, Erysipelas 3, Grippe 3, Katarrhalische Lungenentzündung 53, Ruhr 2, Epidemische Meningitis 0, Akuter Gelenkrheumatismus 0, Parotitis epidemica 1, andre Krankheiten 219, Anthrax 0, Hydrophobie 0, Puerperalfieber 0, Pyämie und Septicaemie 11, Tuberkulose der Lungen 103, Tuberkulose anderer Organe 10, Alkoholismus und Delirium tremens 9, Lebensschwäche und Atrophia infantum 40, Marasmus senilis 19, Krankheiten des Verdauungskanals 90, Totgeborene 36.

✦ Nächste Sitzung des Vereins St. Petersb. Aerzte: Dienstag, d. 16. Okt. 1907.

Tagesordnung: A. Feldt: Ueber otitische Kleinhirnabszesse.

Bohnstedt: Ueber Serumbehandlung der puerperalen Sepsis.

✦ Nächste Sitzung des Deutschen ärztlichen Vereins: Montag, d. 22. Okt. 1907.

Tagesordnung: Albanus: Ueber Melaena neonatorum.

Adressen von Krankenpflegerinnen:

Frl. Pauline Winkel, Конногвардейскій переулокъ 4, кв. 2.

Herausgeber Dr. Rudolf Wanach. Buchdruckerei v. A. Wienecke Katharinenhofer Pr. № 15.

XXXII. JAHRGANG. ST. PETERSBURGER Neue Folge XXIV. Jahrg.

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Redaktion von

Prof. Dr. Karl Dehio. Dorpat.
Dr. Johannes Krannhals. Riga.
Dr. Rudolf Wanach. St. Petersburg.

Die „St. Petersburger Medizinische Wochenschrift" erscheint jeden Sonnabend.—Der Abonnementspreis ist in Russland 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr inkl. Postzustellung; in den anderen Ländern 20 Mark jährlich, 10 Mark halbjährlich. Der Insertionspreis für die 3mal gespaltene Zeile in Petit ist 20 Kop. oder 45 Pfen.—Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt. – Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.

Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate bittet man ausschliesslich an die Buchhandlung von K. L. Ricker in St. Petersburg, Newsky-Prospekt № 14, zu richten. — Manuskripte sowie alle auf die Redaktion bezüglichen Mitteilungen bittet man an den geschäftsführenden Redakteur Dr. R. Wanach in St. Petersburg, Petersb. Seite, Alexandrowski Pr. 6 zu richten. Sprechst. Dienstag, Donnerstag und Sonnabend 5—6.

№ 40 St. Petersburg, den 6. (19. Oktober). 1907.

Ergebnisse der neueren Syphilisforschung für die Praxis.

Von

Dr. med. G. v. Engelmann.

Dirig. Arzt der dermatologischen Abt. am Stadtkrankenhause zu Riga.

(Vortrag, gehalten auf dem XIX. Livländischen Aerztetage in Dorpat. 19. Aug. 1907.

Für die Entwickelung der Syphilislehre sind die Errungenschaften der letzten Jahre von epochemachender Bedeutung geworden. Trotz der Fortschritte der klinischen Forschung blieb bisher die Pathogenese der Lues in Dunkel gehüllt, es fehlte die Basis exakter experimenteller Studien, es fehlte die Kenntnis des Syphiliserregers und die Möglichkeit des Tierversuches.

Diese Mängel unserer theoretischen Erkenntnis mussten sich natürlich auch in der Praxis geltend machen.

Für die Diagnose machte sich diese Unzulänglichkeit in der Beschränkung auf die klinische Beobachtung fühlbar. Führte diese auch meist zu einem sicheren Resultat, so war man doch in jedem Falle von frischer Infektion auf eine mehr oder weniger lange Wartezeit angewiesen. Blieben vollends die auf eine vorhandene Induration erwarteten Sekundärerscheinungen aus, so wurde die Situation erst recht eine sehr missliche, die Geduld der nach einer Entscheidung drängenden Patienten wurde auf eine harte Probe gestellt, die oft das Vertrauen zum Arzt untergrub. In manchen Fällen nicht typisch ausgebildeter Sekundärerscheinungen, bei Erkrankungen innerer Organe, liess uns unsere Diagnostik ganz im Stich und man war auf den Notbehelf des therapeutischen Experimentes angewiesen. War nun gar auf unklare Primärerscheinungen hin eine Kur „zur Sicherheit" eingeleitet worden, so ergab sich nun die für das weitere Schicksal bedeutungsvolle Frage ob der Patient Syphilis überhaupt gehabt habe? Bei verschiedenartigen Krankheitssymptomen, die den Patienten später trafen, stellte immer wieder diese unentschiedene und oft unentscheidbare Frage sich in den Vordergrund.

Weitere Unzulänglichkeiten bestehen in der Unmöglichkeit die Ausheilung der Lues zu konstatieren, die Heilung von der Latenz zu unterscheiden, ferner die so wichtige und verantwortungsvolle Entscheidung zu treffen, wann ein Luetiker aufhört infektiös zu sein, wann er ohne Gefahr für die Frau und die zu erwartende Nachkommenschaft eine Ehe eingehen könne? Auf den unsicheren und leicht zu Trugschlüssen führenden Untergrund statistischer Erhebungen war man angewiesen bei der Beurteilung der sogenannten parasyphilitischen Erkrankungen, der Tabes und der progressiven Paralyse. Auch heute ist eine Einigung über das Verhältnis in welchem sie zur Syphilis stehen noch nicht erreicht worden.

Das Dunkel welches die Aetiologie verhüllte hinderte auch eine gedeihliche Lösung der therapeutischen Fragen.

Trotz der im Allgemeinen prompten Erfolge der empirisch begründeten Quecksilber- und Jodtherapie blieben wichtige Einzelfragen ungelöst:

Wann die Allgemeinbehandlung zu beginnen hat, ob eine Entfernung oder Behandlung der Primärläsion Aussicht auf Verhinderung der Allgemeininfektion bietet

und daher zu erstreben ist — wurde je nach dem Standpunkte des Forschers in vollständig entgegengesetzter Weise beantwortet, da eine Feststellung über den Zeitpunkt der Allgemeininfektion bisher unmöglich war. Und was vom Beginn der Behandlung gilt trifft in gleicher Weise für die Frage nach Wiederholung, Dauer und Abschluss derselben zu; überall Meinungsverschiedenheit, für deren Ausgleichung die Voraussetzung fehlte.

In noch höherem Grade fehlte eine exakte Kenntnis in allen Fragen über die Art der Vererbung der Syphilis und über das Zustandekommen erworbener oder ererbter absoluter oder relativer Immunität.

Aus den Forschungsresultaten der letzten Jahre ragen durch ihre epochemachende Bedeutung zwei Ereignisse vor allem hervor: Die Feststellung der Tatsache, dass Affen für die Luesinfektion empfänglich sind durch Metschnikoff und Roux in Paris im Jahre 1903, dadurch also die Ermöglichung tierexperimenteller Arbeit und die Entdeckung der Spirochäte pallida als mutmaaslicher Syphiliserreger durch Schaudin und Hoffmann im Jahre 1905.

Auf Grund dieser Entdeckungen, deren Tragweite und Konsequenzen zur Zeit noch nicht übersehbar sind, hat ein überaus reges wissenschaftliches Weiterarbeiten begonnen, scheint doch in ihnen in der Tat die gesuchte feste Basis gefunden zu sein von welcher aus eine Entscheidung der bisher unklaren Seiten der Syphilislehre zu erwarten ist. Einen Ueberblick über den ganzen Stand der Forschungen zu geben würde den Rahmen eines kurzen Vortrages bedeutend überschreiten, dennoch schien es mir eine lohnende Aufgabe, dasjenige was an praktischen Ergebnissen für Diagnose und Therapie schon jetzt erreicht worden ist kurz zusammenzufassen.

Schon seit langem wurden von verschiedenen Forschern Versuche angestellt die Syphilis auf Tiere zu übertragen. Die von manchen Seiten als positiv gelungene Ueberimpfungen angesprochenen Resultate stellten meist lokale Affektionen dar, ein Beweis ihrer syphilitischen Natur konnte nicht erbracht werden. Erst die von Metschnikoff und Roux angestellten Versuche an anthropoiden Affen, und deren genaue Beobachtungen des weiteren Krankheitsverlaufes ergaben, dass es bei den genannten Tieren in der Tat gelang eine, den klinischen Erscheinungen der menschlichen Syphilis vollkommen entsprechende, Allgemeininfektion zu erzeugen. Die Versuche wurden von anderen Forschern mit demselben positiven Ergebnis aufgenommen, namentlich war es Neisser, der an einem grossen Material in Batavia (Java) die Resultate Metschnikoffs und Roux's bestätigen konnte und zugleich feststellte, dass, obgleich bei niederen Affen im Gegensatz zu den anthropoiden die klinischen Erscheinungen einer konstitutionellen Allgemeinsyphilis (disseminierte Sekundärerscheinung) nicht zu konstatieren waren, durch das Experiment die Allgemeininfektion auch bei diesen nachzuweisen war.

Durch die Entdeckung der Spirochäte pallida wurde dann auch das Tierexperiment auf eine feste Basis gestellt, der Nachweiss der Spirochäten in den durch die Impfungen erzeugten Krankheitserscheinungen ermöglichte den exakten Beweis ihrer syphilitischen Natur. Ueber die Bedeutung der Spirochäte pallida kann ich mich kurz fassen. Zahlreiche Publikationen und die bekannten Diskussionen auf dem vorigjährigen Dermatologenkongress in Bern und in der Berliner medizinischen Gesellschaft haben ihre diagnostische Bedeutung klar erwiesen. Daran vermag das bisherige Nichtgelingen der Reinzüchtung nichts zu ändern. Auch die ätiologische Bedeutung derselben erscheint bei dem fast konstanten Vorkommen bei frischer unbehandelter Infektion gesichert, wenn auch hierfür der mathematische Beweis erst durch die Reinkultur möglich sein wird. Hierin liegen für die Spirochäte pallida die Dinge entsprechend anderen Infektionsträgern wie den Leprabazillen, an deren ätiologischer Bedeutung nicht gezweifelt wird.

Ich will hier kurz erwähnen, dass in meiner Abteilung am Rigaschen Stadtkrankenhause, seit ungefähr einem Jahre die stationären Luetiker auf Spirochäten untersucht worden sind und wir bei frischer nicht mit Hg behandelter Lues in 88,6% ein positives Resultat erhalten haben (primäre und sekundäre Lues). Die negativen Resultate erklären sich daraus, dass die Zahl der Spirochäten in den Sklerosen mit der Zeit abnimmt, besonders in den zentralen Partien, so dass bei geringer Anzahl dieselben der Untersuchung leicht entgehen können, auch hat die lokale Behandlung mit Aetzungen und Desinfizientien, das Abnehmen des Spirochäten zur Folge.

Als positive Errungenschaft ergiebt sich also zunächst die sehr wichtige Ermöglichung der Frühdiagnose, schon der Primäraffekt kann vor dem Eintreten der Drüsenschwellung, oft schon vor der Ausbildung einer Induration als syphilitisch erkannt werden; freilich ist die Feststellung nicht immer leicht und erfordert durch Wiederholungen in manchen Fällen viel Zeit und Mühe.

Auf die Schilderung der Ausführung dieser Untersuchung kann ich hier nicht eingehen, die Technik findet sich in zahlreichen Publikationen und in dem Referat von Hoffmann, über die Aetiologie der Syphilis, auf dem vorigen Dermatologenkongress eingehend geschildert. — Deutlich markiert sich die wesentliche Abnahme der positiven Untersuchungsergebnisse bei sekundärer Lues, namentlich sobald eine allgemeine Hg-behandlung bereits eingeleitet oder durchgemacht worden war.

Wir fanden in solchen Fällen behandelter sekundärer Lues nur in 37,9% in Papeln etc. Spirochäten, ein deutliches Zeichen, dass das Quecksilber die Spirochäten direkt abtödtet oder zum Schwinden bringt, wofür auch andere Beobachtungen sprechen.

So führt Thalmann[1]) das dazwischen zu beobachtende Aufflammen des Exanthems nach den ersten Hg-applikationen, darauf zurück, dass die Endotoxine der durch das Hg abgetödteten Spirochäten auf einmal in grosser Menge frei werden und diese Reaktion zustande bringen. Durch denselben Vorgang erklärt Lesser[2]) die von ihm am Anfang der Hg-behandlung beobachtete Temperatursteigerung.

Von besonderer Bedeutung war der Nachweis der Spirochäten in tertiär luetischen Krankheitsmanifestationen, die den klinischen Beobachtungen gemäss lange Zeit für nicht infektiös galten. Diese Annahme wurde bereits ihrer allgemeinen Gültigkeit entkleidet durch die gelungene Ueberimpfung tertiärluetischen Materials auf Affen. Die Seltenheit der Spirochätenfunde in diesen Krankheitsprodukten, ein Beweis, dass sie hier nicht konstant und nur in geringer Zahl vorhanden sind, entspricht den Ergebnissen der klinischen Beobachtung in soweit als sie beweist, dass den Krankheitserscheinungen dieser Periode sicher eine weit geringere Infektiosität zukommt. Eine Aenderung in Bezug auf die Auffassung der praktisch in Betracht kommenden Dauer der Infektiosität der Luetiker braucht also durch diese Befunde noch nicht bedingt zu sein, diese Erfahrungen mahnen jedoch zur Vorsicht insofern

[1]) Die Syphilis und ihre Behandlung im Lichte neuer Forschung. Dresden 1906.

[2]) Deutsche med. W. 1907, Nr. 27.

sie dartun dass auch tertiäre Krankheitsprodukte unter Umständen infektiöses Material enthalten können.

Ein sehr spirochätenreiches Material bieten die hereditär syphilitischen Foeten, was ebenfalls von praktischer Bedeutung ist, da in zweifelhaften Fällen die Untersuchung auch macerierter Foeten eine diagnostische Handhabe bieten kann. Bei latenter Syphilis lässt die Suche nach Spirochäten meist leider im Stich, die Untersuchung des Drüsenpunktionssaftes hat nur ausnahmsweise[3]) in solchen Fällen ein positives Resultat ergeben.

Die Bluntersuchung hat bisher ebenfalls keine diagnostisch verwertbaren Resultate geliefert. Die Spirochäte pallida erscheint im Blute sicher nur vorübergehend und geht darin offenbar schnell zu Grunde, sie verbreitet sich in erster Linie auf dem Wege der Lymphbahn. Hoffmann hält die Spirochäte pallida daher für einen anäeroben Mikroorganismus wofür die Tatsache spricht dass im luftdicht abgeschlossenen Deckglaspräparat die Spirochäten wochenlang beweglich bleiben, sowie der Umstand dass sie in macerierten Früchten oft in grosser Zahl gefunden werden, sich also wie es scheint ohne Sauerstoff nicht nur erhalten sondern sogar vermehren können. Die Lücken welche die Diagnostik noch enthält, wo das Tierexperiment und der Spirochätennachweis versagt, auszufüllen namentlich eine Diagnose des Latenzstadiums der Lues zu ermöglichen ist vielleicht die von Wassermann Neisser und Bruck[4]), durch Nachweis des luetischen Antigens und der spezifischen Antikörper im Serum, angestrebte Serumdiagnostik berufen. Die Resultate der bisherigen Arbeiten lassen ein günstiges Resultat erwarten, wenn auch die technisch äusserst subtile und schwierige Methode noch so zahlreiche Fehlerquellen und Unklarheiten in sich schliesst, dass zur Zeit ein abschliessendes Urteil über ihre praktische Brauchbarkeit noch gar nicht gefällt werden kann. Das Verfahren beruht auf der Komplementbindungsmethode von Bordet und Gengou. Zum Verständnis des Zustandekommens der Reaktion auf welcher die Serumdiagnostik beruht sei kurz Folgendes bemerkt:

Nach methodischer Einverleibung von Aufschwemmungen gewisser Bakterien (Antigen) in den Säftestrom von Tieren bilden sich im Serum Stoffe aus den weissen Blutkörperchen, welche diese Bakterien zur Auflösung bringen. Diese Stoffe, die sog. Antikörper resp. Amboceptoren entfalten ihre Wirkung auf die Bakterien mit Hülfe der im Serum vorhandenen bakteriziden Stoffe, der Komplemente, wie sie von Ehrlich genannt worden sind, diese werden dabei gebunden. Wassermann und Bruck[5]) ist es nun gelungen nachzuweisen, dass auch für gelöste Bakteriensubstanzen in derselben Weise Antikörper resp. Amboceptoren erzeugt werden, Extrakte aus bakterienhaltigen Organen verhielten sich wie Bakterienaufschwemmungen. — Damit war die Möglichkeit gegeben auch mit Infektionskrankheiten zu arbeiten deren Erreger noch unbekannt ist oder sich nicht reinzüchten lässt, wie die Erreger der Syphilis. Die Vereinigung von Antigen und Antikörpern besitzt nun eine starke Affinität zum Komplement, sodass experimentell die Komplementbindung zur Konstatierung des Vorhandenseins von Antigen und spezifischer Antikörper (Ambozeptoren) benutzt werden kann.

Zum Nachweis dieser Komplementbindung benutzt man ein sogenanntes hämolytisches System. In den Versuchen der genannten Autoren besteht dasselbe aus:

[3]) Hoffmann: Die Aetiologie der Syphilis. Berlin 1906.
[4]) Deutsche med. W. 1906.
[5]) Deutsche med. W. 1906. Nr. 12.

1) Hammelblutkörperchen

2) inactiviertem Serum eines Kaninchens welches, durch Vorbehandlung mit Hammelblut, auf die roten Blutkörperchen dieses Tieres stark hämolytisch wirkt, dieses wird der hämolytische Amboceptor oder Zwischenkörper genannt.

Mischt man diese beiden so findet keine Auflösung der Blutkörperchen statt, dazu bedarf es der Schliessung der Kette durch hinzufügen des Komplementes (3) welches in frischem normalem Serum (bei den angegeben Versuchen Meerschweinchenserum) enthalten ist. Der Versuch wird nun so angestellt, dass man Antigen (4) also Syphilisvirus enthaltende Flüssigkeit (Extrakt aus Sklerosen, Organen luetischer Föten etc.) und Syphilisantikörper (5) enthaltendes inactiviertes Serum Syphilitischer oder Immunserum mischt und dazu das Komplement (3) (normales Meerschweinchenserum) hinzufügt.

Nachdem man ca. 1 Stunde, die zur Bindung ausreicht, gewartet hat fügt man das Hammelblut (1) und den hämolytischen Amboceptor (2) hinzu. War nun das Komplement durch die Mischung Antigen + Antikörper gebunden worden so bleiben die Blutkörperchen ungelöst, es tritt Hemmung der Hämolyse infolge Ablenkung des Komplementes ein. Aus dem Ausbleiben oder Eintreten der Hämolyse lässt sich also schliessen ob Antigen und Antikörper gleichzeitig in der Mischung anwesend war. Je nach dem ob man zu einem zu untersuchenden Serum also Syphilisantigen oder Syphilisantikörper (Immunserum) hinzufügt lässt sich durch die eintretende oder ausbleibende Komplementablenkung bestimmen ob in demselben Syphilisantikörper oder Syphilisantigen vorhanden ist.

Das Antigen wird gewonnen durch Extraktion spirochätenhaltiger Gewebe. Primäraffekte, breite Condylome oder die sehr spirochätenreichen Organe hereditär syphilitischer Föten sind dazu verwendbar.

Die Antikörper, (das Immunserum) wird hergestellt indem man Affen in geeigneten Zwischenräumen durch subkutane Infektion von Syphilismaterial vorbehandelt. Die vollendete Durchseuchung kann durch Reinokulation kontroliert werden. Affen auf diese Weise ganz zu immunisieren ist in einer Reihe von Fällen gelungen[6]).

Sieht nun auch theoretisch diese Untersuchungsmethode verhältnissmässig einfach aus, so begegnet ihre praktische Ausführung doch sehr erheblichen Schwierigkeiten. Eine ganze Reihe subtiler Kontrolversuche muss mit den zu verwendenden Substanzen vorgenommen werden um Irrtümer auszuschliessen.

(Schluss folgt.)

Bücheranzeigen und Besprechungen.

Heinrich Neumann: Der otitische Kleinhirnabszess. — Leipzig und Wien. Franz Deuticke 1907.

Eine sehr verdienstvolle Arbeit. Bei der grossen Häufigkeit intracranieller Komplikationen der Mittelohreiterungen auch hierzulande empfinden wir Chirurgen immer wieder das Bedürfniss uns kurz und zuverlässig über die Bedeutung der nervösen Symptome zu orientieren. Die Symptomatologie der Eiterungen in der hinteren Schädelgrube ist noch sehr unbestimmt und wechselnd, die Diagnose schwierig, und doch

[6]) Die Organe der getödteten Tiere liessen sich nicht verimpfen. In anderen Fällen war das wohl der Fall — also lag hier keine Immunität sondern Krankheit vor.
Neisser, die experimentelle Syphilisforschung. Berlin 1906.

hängt von ihr oft genug das Leben des Patienten ab. Neumann hat in der vorliegenden Monographie die bisher in der Literatur mitgeteilten Fälle nebst dem reichen Material der Politzer'schen Klinik zusammenfassend bearbeitet. In knapper und klarer Darstellung werden die Statistik, Aetiologie, Symptomatologie, Diagnose und Differentialdiagnose, Prognose und die Operationsmethoden des Kleinhirnabszesses besprochen. Im Anhang werden die Krankengeschichten mitgeteilt. Das nützliche Buch verdient die weiteste Verbreitung.

Wanach.

Konrad Alt: Weiterentwicklung der familiären Verpflegung der Kranksinnigen in Deutschland seit 1902. Referat, erstattet im Auftrage des Zentral-Komitees auf dem Internationalen psychiatrischen Kongress in Mailand am 26. September 1906. Mit 1 Karte und 1 graph. Tabelle. Halle a. S., Verlag von Carl Marhold. 16 Seiten. Preis 75 Pf.

Der Vorkämpfer für die familiäre Irrenpflege in Deutschland fasst seine Ansicht in folgende Leitsätze zusammen: «1. Für einen nicht unerheblichen Teil der Fürsorgebedürftigen, dafür geeigneten Kranksinnigen stellt die familiäre Pflege die natürlichste, freieste, beste und billigste Verpflegungsform dar und bildet überdies für eine Anzahl von Kranken einen wichtigen Heilfaktor. — 2. Familienpflege kann im Anschluss an jede, psychiatrisch geleitete, zeitgemäss eingerichtete Anstalt angegliedert werden, namentlich wenn für das Pflegepersonal gesunde Familienwohnungen beschafft werden, die ja auch schon zur Erlangung eines wirklich guten Pflegestandes unentbehrlich sind. — 3. Bei den meisten grösseren Anstalten wird aber die Familienpflege nur eine sehr beschränkte Ausdehnung gewinnen können; ausgedehntere Einführung einer solchen ist nur zu erwarten durch Gründung besonderer, nicht zu grosser Zentralen in geeigneter Gegend, welche im kleinen nach Art der bewährten Anstalten angelegt, hauptsächlich aber als Ausgangs- und Mittelpunkt der familialen Kolonie eingerichtet sind. — 4. Die familialen Kolonieen machen die bisherigen Anstalten keineswegs entbehrlich, bilden durchaus nicht für alle Kranksinnigen den zweckmässigsten Aufenthalt, können aber in wirksamster und billigster Weise dem sonst unaufhaltsamen Anwachsen der Anstalten steuern».

Michelson.

Protokoll der Sitzung des Illuxt'schen Aerztevereins.

Sitzung am 12. Dezember 1906.

1) Dr. Rippe berichtet mit Demonstration einer Zeichnung über den Obduktionsbefund in einem Fall von Volvulus. Anton K. Gemeiner des N.'schen Regiments, erkrankte plötzlich während der Ausübung des Wachtdienstes am 6. Sept. 1906 um 5 Uhr nachmittags an Erbrechen und Koliken im Abdomen, wobei bei der Untersuchung durch den Regimentsarzt starkes, gleichmässiges Aufgetriebensein des Abdomens mit heftiger Druckempfindlichkeit überall zu konstatieren war, weshalb die Diagnose einer Peritonitis gestellt wurde. Opium und Kompressen beruhigten die Schmerzen nicht und am 7. Sept. um 5 Uhr morgens trat exitus letalis ein. Nachdem bei der Obduktion der Bauchschnitt gemacht war, quollen zuerst die stark aufgetriebenen Dünndarmschlingen hervor. Erst als diese beseitigt wurden, konnte man wahrnehmen, dass das Colon ascendens durch Gase ad maximum aufgetrieben war und eine grosse blasenartige Geschwulst bildete, welche hinter den Schlingen des Dünndarmes die ganze Strecke von der fossa iliaca dextra bis zum Magen einnahm. Der aufsteigende Teil des Dickdarmes und ein anliegender Teil des Dünndarmes waren um 360° umeinander gedreht. Die Möglichkeit einer solchen Umdrehung ward dadurch hervorgebracht, dass das Coecum und das Colon ascendens bis zur flexura colica dextra im Besitz eines eigenen Mesenteriums war, welches unten beim Blinddarm eine Breite von c. 20 ctm. aufwies. Im Peritonealraum waren 500 cctm. klarer rosafarbener Flüssigkeit vorhanden, das Peritoneum wies jedoch keine Entzündungserscheinungen auf. — Auf Grund dieses Befundes spricht Vortragender über die Schwierigkeiten der Diagnose und Differentialdiagnose in ähnlichen Fällen und weist auf die möglichst früh vorzunehmende Laparatomie als einziges Mittel hin, das nicht nur zur Feststellung der Krankheit geführt hätte, sondern auch für die Therapie ausschlaggebend gewesen wäre.

2) Dr. Holowko demonstriert ein 3000 Gramm schweres fast völlig erweiches Myom, das er per laparotomiam entfernte. Das Myom war überall mit der Umgebung verwachsen, vorn mit der Bauchwand, hinten mit den Darmen. Schwierige Trennung der Adhaesionen. Supravaginale Amputation. Da aus den Adhaesionen etwas Blut sickerte, Drainage der Bauchhöhle mit Jodoformgaze. Reichliche Sekretion blutiger Flüssigkeit aus dem Drain in den ersten 12 Stunden. Entfernung der Drainage nach 24 Stunden. Glatte Heilung.

Ferner berichtet Dr. Holowko über seine Erfahrungen mit dem Bier'schen Stauungsverfahren, welches er besonders angezeigt findet bei Mastitis und Stichkanaleiterungen nach Laparotomien.

(Autoreferat).

Sekretär: Dr. Rippe.

Sitzung am 22. Februar 1907.

1) Dr. Jurgensohn hält einen Vortrag über die Leberlues. Nachdem Vortragender eine Charakteristik der luetischen Leber bei Kindern und Erwachsenen gegeben, die Diagnose und Prognose besprochen und die ätiologischen Momente erwähnt hat, bespricht er mit Vorstellung eines Patienten aus dem Evangelischen Krankenhause in Dünaburg auf Grund dieses Falles die Therapie. Beim Pat. bestand neben Herzerweiterung mit systolischen nicht deutlich zu lokalisierenden Geräuschen und gesteigerter Pulsfrequenz, starke Leberschwellung, Ascites, Oedeme an den Füssen. Nach Digitalis und Diuretin erfolgte keine Steigerung der Diurese und kein Abschwellen der Leber und der Oedeme. Erst nachdem auf Grund der Anamnese Verdacht auf luetischen Ursprung des Leidens geschöpft wurde und der Pat. einer Schmierkur unterzogen wurde mit Verabreichung von Jodpräparaten innerlich, stieg die Menge des Urins, besserte sich das Allgemeinbefinden und ging die Leberschwellung von der Umbilikallinie bis auf 3—4 fingerbreit unter dem Kostalrand zurück. Die Behandlung wird fortgesetzt.

2) Dr. Czernay berichtet über eine Patientin, bei der er auf beiden Oberlidern und auf einem Unterlide die Knorpelausschälung nach Kuhnt gemacht hat. Es handelte sich um eine 30-jährige Trachompatientin mit hyperämischer, geschwellter, verdickter, zum grossen Teil narbig degenerierter Bindehaut, welche noch ein recht reichliches schleimig-eitriges Sekret absonderte. Der Knorpel aller 4 Lider war bedeutend vergrössert und an den Oberlidern auch leicht kahnförmig gekrümmt. Es bestand Trichiasis beider Oberlider. Die subjektiven Beschwerden waren recht ausgesprochen. Pannus war nicht vorhanden. Patientin wurde eine zeitlang medikamentös behandelt, aber ohne wesentlichen Erfolg. Daher wurde auf dem rechten schlechteren Auge zuerst auf dem Oberlide, dann auch auf dem Unterlide die Knorpelausschälung vorgenommen. Die subjektiven Beschwerden wurden darnach bedeutend geringer, die Konjunktiva blasste unter derselben medikamentösen Behandlung, welche früher so geringen Erfolg gehabt hat, ab und die Sekretion hörte auf. Die Trichiasis wurde beinahe ganz behoben, so dass nur noch am äussern Lidwinkel einzelne Cilien eine falsche Stellung hatten, was dadurch zu erklären ist, dass der Schnitt hier etwas zu weit vom freien Cilienrande angelegt war. Dieser Fehler wurde auf dem später operierten linken Auge vermieden, so dass hier neben den andern Vorteilen auch eine volle Korrektion der Trichiasis erreicht wurde. Also bestätigt dieser Fall alle Angaben, die von der Königsberger Schule über diese kleine Operation gemacht worden sind. Nach Besprechung der Indikationen zur Operation und der Technik derselben, hebt Vortragender hervor, dass dieser kleine Eingriff, für geeignete Fälle reserviert, besonders eine wertvolle Bereicherung der Trichiasisoperationen darstellt, da er vor den andern Operationen leichte technische Ausführung, Kürze der Nachbehandlung, guten kosmetischen Effekt nebst günstiger Beeinflussung der übrigen Krankheitserscheinungen voraus hat.

(Autoreferat).

3) Dr. Rippe bespricht, auf Grund mehrerer von ihm im Verlauf der Wintermonate dieses Jahres beobachteten Fälle, die Einwirkung der Influenza auf latent vorhandene Malaria. In allen diesen Fällen gingen die Symptome der Influenza nach Kalomel und Aspirin bald zurück. Die Temperatur hielt sich darauf einige Tage lang normal, um dann wieder zu steigen, wobei sie einen mehr oder weniger interkurrenten Charakter annahm. In einem Fall konnte während des Fieberanfalls im Blut die Gegenwart junger Formen von Malariaparasiten nachgewiesen werden. Es handelt sich dabei natürlich nicht um eine frische Infektion mit Plasmodien, was ja im Winter unmöglich wäre, sondern um Auffiackern der la-

tenten Malaria, an welcher die Patienten, wie aus der Anamnese zu ersehn war, gelitten zu haben schienen. Daraus würde sich der praktische Rat ergeben, die Influenza bei Malariakranken resp. Malariaverdächtigen nicht mit dem in letzter Zeit so beliebten Aspirin oder andern Salicylpräparaten zu behandeln, sondern die Patienten einer Chininkur zu unterziehn, um nicht nur den Influenzaerreger, sondern auch die Malariaparasiten im Blut gleichzeitig abtöten zu können.

Dr. Juergensohn berichtet im Anschluss an diesen Vortrag über 2 weitere Fälle, in denen er nach einer im Verlauf dieses Winters durchgemachten Influenza das Neuauftauchen von Malaria konstatieren konnte.

Sekretär: Dr. Rippe.

Zuschrift an die Redaktion.

Wir erhalten folgende Zuschrift:

In Nr. 39 der St. Petersburger medizinischen Wochenschrift ist auf Seite 381 ein Brief des Herrn Henry v. Winkler zum Abdruck gebracht, welcher sich auf das in meiner Abteilung des K. Institutes für experimentelle Medizin von Herrn Neporoshny hergestellte Dysenterie-Serum bezieht. Ich halte es für meine Pflicht einige Irrtümer dieses Briefes zurechtzustellen.

Es sind nicht die Flexner'schen Bakterien, sondern diejenigen von Shiga resp. Kruse, welche Neporoshny, sowohl an den verschiedensten Orten des Reiches, als auch in Mandschurien als die Erreger der bazillären Dysenterie hat bestätigen können. Dementsprechend hat er auch die Shiga-Kruse-Kulturen zur Immunisierung der Serumpferde verwendet. Das Serum ist von Anfang an in unserem Institut zu dem Preise von 1 Rbl. pro Fläschchen abgelassen worden, und von einer Preiserhöhung ist niemals die Rede gewesen.

Mit vorzüglicher Hochachtung

A. Wladimiroff.

Tagesnachrichten.

Personalia.

— Goldenes Jubiläum. In diesen Tagen begeht der Senior der Münchener medizinischen Fakultät und Altmeister der Lehre vom Stoffwechsel und der Ernährung, Prof. ord. Dr. Karl v. Voit, sein 50-jähriges Dozentenjubiläum. Der Jubilar erreicht am 18./31. Oktober d. J. das 76. Lebensjahr.

— Der Militär-Medizinalinspektor des Moskauer Militärbezirks, Dr. Jakubow, ist auf sein Gesuch mit Uniform und Pension verabschiedet worden, unter Beförderung zum wirklichen Geheimrat.

— Der Oberarzt der Nikolai-Ingenieur-Akademie und Schule, Dr. Ludwig Schroeder, ist auf sein Ersuchen mit Uniform und Pension verabschiedet worden, unter gleichzeitiger Beförderung zum Geheimrat.

— Versetzt sind die Militär-Medizinalinspektoren: Dr. Sinowitsch-Kaschtschenko aus dem Warschauer Militärbezirk in den Plozk'schen Bezirk, Dr. Sletow aus dem Plozkschen Bezirk in den Petrikauschen und Dr. Brandt aus dem Petrikauschen Bezirk in den Warschauer Bezirk.

— Der Inspektor der St. Petersburger Residenz-Medizinalverwaltung Dr. Skabitschewski ist durch Allerhöchsten Befehl wegen Nichterfüllung der von ihm übernommenen Pflichten als Ehrenmitglied des Moskauer Konseils der Kinderasyle dieser Stellung enthoben worden. (Her.)

— Der Oberarzt des Dsharkentschen örtlichen Militärlazaretts Dr. Gorbatschew ist mit Uniform und Pension verabschiedet worden, unter gleichzeitiger Beförderung zum wirkl. Staatsrat.

— Der Direktor der chirurgischen Klinik an der Universität Kiel, Prof. ord. Dr. Heinrich Helferich, giebt aus Gesundheitsrücksichten seine akademische Lehrtätigkeit auf. Zu seinem Nachfolger ist der Direktor der Königsberger chirurgischen Klinik, Prof. ord. Dr. Erich Lexer, berufen worden.

— Vor kurzem beging der Leiter der psychiatrischen Abteilung des Landschaftskrankenhauses in Tula, Dr. Nikolai Kamenew, das 25-jährige Jubiläum seiner ärztlichen Tätigkeit.

— Ordensverleihung. Dem ehemaligen temporären Dirigierenden des Medizinalwesens der Vorhutinstitutionen des Russischen Roten Kreuzes, gegenwärtigen jüngeren Gehülfen des Geschäftsführers der Verwaltung des Obermedizinalinspektors, Dr. Viktor Andres, ist der St. Wladimirorden IV. Klasse Allerhöchst verliehen worden.

Nekrologe.

— Verstorben sind: 1) Am 27. September in Mitau Dr. Wilhelm Kleinenberg im vor kurzem vollendeten 83. Lebensjahre. Der Hingeschiedene war im Pastorate Palzmar (Livland) als Sohn des dortigen Pastors Friedrich K. geboren, besuchte das Dorpater Gymnasium und widmete sich dann von 1843—49 dem Studium der Medizin an der Dorpater Universität. Nachdem er i. J. 1852 den Arztgrad eximia cum laude erlangt hatte, war er zwei Jahre Landarzt in Krons-Würzau (Kurland), um sich dann bleibend als praktischer Arzt in Tuckum niederzulassen, wo er von 1860—88 auch als Kreisarzt fungierte. 2) In St. Petersburg der Ordinator der hiesigen Entbindungsanstalt, wirkl. Staatsrat Dr. Nikolai Strawinski, im Alter von 61 Jahren. Der Verstorbene stammte aus Kowno, wo er auch seine Schulbildung erhielt, und bezog in den 60ger Jahren die mediko-chirurgische Akademie. Nach Absolvierung des Kursus i. J. 1869 wurde er zur weiteren Ausbildung ins Ausland abkommandiert, wo er sich in den Kliniken von Wien, Paris, Berlin und Prag speziell mit Frauenkrankheiten und Geburtshülfe beschäftigte. Neben seiner amtlichen Tätigkeit als Ordinator in der Entbindungsanstalt besorgte er noch eine recht ausgebreitete Privatpraxis. Er war auch Präses der Gesellschaft polnischer Aerzte und Vizepräses der gynäkologischen Gesellschaft. 3) In Warschau der Fabrikarzt im Flecken Ssuprasl (Gouv. Grodno) Dr. Raymund Woinitsch im Alter von 40 Jahren. Die ärztliche Praxis hat der Verstorbene seit 1893 ausgeübt. 4) Im Flecken Pjeni (Gouv. Kursk) der dortige langjährige Fabrikarzt Morduch Goldenberg im 63. Lebensjahre. Er war ein Schüler der Kiewer Universität, an welcher er i. J. 1874 den Arztgrad erlangt hatte. 5) In London der Professor der vergleichenden Anatomie und Physiologie, Dr. Ch. Stewart. 6) In Washington der amerikanische Militärarzt und Kurator des Army Medical Museums, Dr. James Caroll. Er ist ein Märtyrer der Wissenschaft geworden. Er hatte nämlich nach dem spanisch-amerikanischen Kriege den Auftrag erhalten, die Entstehung und Verbreitung des Gelben Fiebers genauer zu studieren. Da er nun der Ueberzeugung war, dass die Moskitos die Verbreiter des Gelben Fiebers sind, so liess er sich von einem Moskito, der bereits mehrere Fieberkranke gestochen hatte, einen Stich beibringen, um die Richtigkeit seiner Ansicht zu beweisen. Nach 4 Tagen erkrankte er am Gelben Fieber und blieb nach schweren Leiden zwar am Leben, erlangte aber seit dieser Zeit seine Gesundheit nicht wieder. Namentlich war ein Herzleiden zurückgeblieben, dem er jetzt erlegen ist.

Von Universitäten und medizinischen Instituten.

— Die Konseilsitzung der Dorpater Universität hat beschlossen, um Erhöhung des Etats der chirurgischen Klinik, welcher gegenwärtig nur 8000 Rbl. beträgt, auf 20,000 Rbl. zu petitionieren. In derselben Sitzung wurde beschlossen, bei der chirurgischen Klinik der Universität das Amt eines Lehrers der ärztlichen Gymnastik, Massage und Mechanotherapie zu kreieren und dazu die ministerielle Genehmigung zu erbitten.

— In Dorpat ist, wie die «Nordl. Ztg.» berichtet, vor einiger Zeit ein Student der Universität, Mediziner im I. Kursus, relegiert worden, weil sein Maturitätszeugnis sich als gefälscht erwiesen hatte. Das soll übrigens nicht der einzige Fall sein. Ein anderer Mediziner, ebenfalls ein Hebräer, soll bereits 3 Jahre auf ein gefälschtes Zeugnis hin in Dorpat studiert haben. Ja, die

Zeiten haben sich geändert! — Es ist wohl anzunehmen, dass solche Betrügereien auch auf anderen russischen Universitäten stattfinden. So sind z. B. vor kurzem auch in der Kanzlei der St. Petersburger Universität mehrere gefälschte Maturitätszeugnisse entdeckt worden, auf Grund welcher mehrere Personen in die Zahl der Studierenden aufgenommen worden sind. Diese Zeugnisse sind namens einiger Lehranstalten des Warschauer, Kiewer und Wilnaer Lehrbezirks fabriziert worden. Die Angelegenheit ist vom Ministerium der Volksaufklärung bereits der Staatsanwaltschaft überwiesen worden.

— Betreffs der 39 relegierten Studenten der militär-medizinischen Akademie hat der stellv. Kriegsminister Generalleutenant Poliwanow nach Prüfung des Gutachtens der Professorenkonferenz der Akademie eine Milderung des Loses bei 20 Studenten verfügt, und zwar in der Weise, dass 13 dieser Studenten schon in diesem Jahre wieder einzutreten gestattet ist, während 7 erst nach 2 Jahren dieses Recht zum Eintritt gewährt worden ist. Alle wiederaufgenommenen Studenten haben ein Reversal unterschreiben müssen, in dem sie sich verpflichten, keinen illegalen Verbindungen beizutreten, keine unerlaubten Versammlungen zu besuchen und die Kommilitonen nicht aufzureizen.

Standesangelegenheiten.

— An der am 28. Oktober hier stattfindenden Feier des 50-jährigen Jubiläums des Leibpädiaters, Geheimrats Dr. K. Rauchfuss, wird auch die Petersburger Stadtverwaltung sich beteiligen. Es sind die Präsidenten der städtischen Hospitalkommission und der Sanitätskommission daher aufgefordert worden, Vorschläge zu einer Ehrung des Jubilars seitens der Stadt zu machen.

— Zur Erinnerung an den verstorbenen Professor Ernst v. Bergmann, dem das ärztliche Fortbildungswesen so viel verdankt, hat das Zentralkomitee für das ärztliche Fortbildungswesen in Berlin eine Bronzemedaille prägen lassen, die auf der Vorderseite den Kopf v. Bergmanns und seinen Wahrspruch «Nur nicht müde werden» trägt. Auf der Rückseite stehen die Worte: «Dem grossen Chirurgen und Lehrer, dem rastlosen Förderer ärztlichen Wissens und Könnens, dem unermüdlichen Helfer im Dienste der Menschheit 1836—1907».

— Der Redakteur der Zeitung «Uralski Krai» (das Uralgebiet) und Vorsitzende des Gebietskomitees der Kadettenpartei, Dr. Spasski in Jekaterinburg, ist von dem örtlichen Gouverneur für Veröffentlichung von Artikeln über die derzeitige rechtliche Stellung der Professionalverbände mit 500 Rbl. und einem Monat Arrest bestraft worden.

— Wie aus Lepel (Gouv. Witebsk) telegraphisch gemeldet wird, wurde im Flecken Bjeschenkowitschi der dortige Arzt auf dem Wege zum Patienten ermordet. Der Sohn des Patienten wurde als der Tat verdächtig verhaftet.

— Der Rigasche Arzt Andrejs Preedkalns, welcher als Reichsduma-Kandidat seitens der Wähler der II. Kurie von den lettischen Sozialdemokraten und Arbeitsgrupplern genannt wurde, ist, wie die «Düna-Ztg» meldet, zugleich mit anderen Personen verhaftet worden. Unter den letzteren sollen sich wichtige Verbrecher befinden. (P. ist, wie wir aus dem Brennsohnschen biograph. Lexikon ersehen, 1873 in Livland als Sohn eines lettischen Arbeiters geboren und längere Zeit Elementarlehrer gewesen, worauf er in Moskau Medizin studiert hat. In den Ostseeprovinzen ist er freipr. Arzt seit 1904.)

Vereins- und Kongressnachrichten.

— Die St. Petersburger ophthalmologische Gesellschaft hat in ihrer Sitzung am 4. Oktober anlässlich ihres 10-jährigen Bestehens die Professoren Hirschmann (Charkow) und A. Krjukow (Moskau), Dr. E. Mandelstamm (Kiew), sowie die DDr. N. Gagarin und N. Tichomirow (St. Petersb.) zu Ehrenmitgliedern ernannt. In den Vorstand der Gesellschaft wurden für das Vereinsjahr 1907/8 gewählt: Prof. Dr. Belljarminow als Präses, Dr. E. Blessig als Vizepräses sowie Dr. N. Gagarin und Privatdozent Dr. A. Tschemolossow als Sekretäre.

— Die Gesellschaft prakt. Aerzte in Libau hat auf ihrer Jahres-Versammlung am 4. Okt. an Stelle des aus Gesundheitsrücksichten zurücktretenden Dr. S. Prissmann, Dr. V. Zoepffel zum Präses gewählt. Die weitern Wahlen ergaben: Vize-Präses Dr. Falk, Sekretär Dr. Brehm, Bibliothekar-Kassierer Dr. Stender.

— Kollegen, die zum Estländischen Aerztetage am 11., 12. und 13. November nach Reval zu fahren beabsichtigen, können sich bis zum 1. Nov. betreffs Beschaffung von Absteigequartieren an Herrn Dr. Kusmanoff in Reval, Grosse Karristrasse 16, wenden. Der Termin zur Anmeldung von Vorträgen auf dem Aerztetage läuft am 20. Oktober ab.

— Die Pirogow-Aerztegesellschaft versendet gegenwärtig Einladungen zu einem Fabrikärztekongress, der zu Ostern 1908 in Moskau stattfinden wird. Eine der Hauptfragen des Kongressprogramms bildet die Fabrikgesetzgebung.

Verschiedene Mitteilungen.

— Das Moskauer Militärhospital begeht am 21. November das 200-jährige Jubiläum seines Bestehens. Auf die Einladung der Hospitalverwaltung schickt die Stadt St. Petersburg den Stadtverordneten J. A. Lichatschew als ihren Vertreter zum Fest.

— Die St. Petersburger Kreislandschaft hat dem Rechenschaftsbericht des Landschaftsamtes zufolge im Jahre 1906 für das Medizinalwesen 124,675 Rbl. ausgegeben. Die Ausgaben überstiegen den Voranschlag um 7416 Rbl.

— In den kaukasischen Mineralbädern, in denen die Kursaison am 1. Oktober offiziell geschlossen wurde, überschritt die Zahl der Besucher in diesem Jahre die Ziffer 40,000.

— Die Hauptverwaltung des Russischen Roten Kreuzes beabsichtigt den Personalbestand der barmherzigen Schwestern und Krankenwärterinnen zu vermehren, da die Erfahrung des letzten russisch-japanischen Krieges erwiesen hat, dass der bisherige Personalbestand durchaus nicht genügte.

— Ein Urteil über den Alkoholgenuss. Auf dem diesjährigen Kongress der Mitglieder der ärztlich-psychologischen Vereinigung in London brachte ein Mitglied, Sir J. C. Browne, wie der «Daily Chronicle» berichtet, folgenden Trinkspruch aus: «Ich trinke auf die Wissenschaft. Die Tagesfrage dreht sich um den Alkoholgenuss. An der Tafel befinden sich bedeutende Männer, welche Autoritäten in der Alkoholfrage sind. Wohlan! Wir haben an dieser Tafel 84 Mitglieder unserer Gesellschaft, von denen, wie ich sehe, 5 oder 6 augenblicklich nichts mit dem Alkohol zu tun haben wollen, der Rest — also 94 pCt. unserer Gesellschaft — lässt ihn sich in irgend einer Form gut schmecken. Vor 14 Tagen war ich bei Sir Andrew Noble eingeladen und mit mir 18 Gäste — auch Männer der Wissenschaft — und von diesen sämtlichen hat kein einziger, vom altehrwürdigen Lord Kelvin abwärts, den Alkohol verweigert. Das sind Tatsachen, und angesichts dieser Tatsachen, fügt Herr James hinzu, wäre es der reinste Hohn, wenigstens eine kolossale Uebertreibung, vom Alkohol als einem todbringenden Gift zu sprechen. Solche Leute, welche den Alkohol als ein tödliches Gift bezeichnen, müssten auch feststellen, dass wir etwa beständig mehr oder weniger tödtliche Gifte in unseren Körpern führen. Aber diese menschlichen Gifte sind harmlos, ja sogar wohltuend, solange sie an die richtige Stelle kommen, und das soll unser grösstes Bestreben sein, den Alkohol — in welcher Form es auch sein mag — an seinen richtigen Platz zu bringen».

Bf.

— Die Gesamtzahl der Kranken in den Zivilhospitälern St. Petersburgs betrug am 29. Sept. d. J. 11377 (401 wen. als in der Vorwoche), darunter 741 Typhus — (8 mehr), 1067 Syphilis — (65 mehr), 326 Scharlach — (27 mehr), 297 Diphtherie — (10 mehr), 51 Masern — (10 wen.), und 3 Pockenkranke — (0 wen. als in der Vorw.).

— Die Gesamtzahl der Sterbefälle in St. Petersburg betrug in der Woche vom 23. bis zum 29. Sept. d. J. im ganzen 641 (373 M., 268 W.), darunter an folgenden Krankheiten:

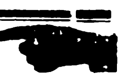
Typhus exanth. 0, Typhus abdom. 14, Febris recurrens 0, Typhus ohne Bestimmung der Form 1, Pocken 0, Masern 11, Scharlach 12, Diphtherie 20, Croup 0, Keuchhusten 15, Kroupöse Lungenentzündung 22, Erysipelas 4, Grippe 5, Katarrhalische Lungenentzündung 54, Ruhr 2, Epidemische Meningitis 0, Akuter Gelenkrheumatismus 0, Parotitis epidemica 1, andre Krankheiten 211, Anthrax 0, Hydrophobie 0, Puerperalfieber 0, Pyämie und Septicaemie 9, Tuberkulose der Lungen 93, Tuberkulose anderer Organe 15, Alkoholismus und Delirium tremens 11, Lebensschwäche und Atrophia infantum 45, Marasmus senilis 17, Krankheiten des Verdauungskanals 79, Totgeborene 49.

✦ Nächste Sitzung des Vereins St. Petersb. Aerzte: Dienstag, d. 30. Okt. 1907.

Tagesordnung: 1) Petersen: Krankenvorstellung.
2) Weber: Zur Aetiologie der Coxa vara.

✦ Nächste Sitzung des Deutschen ärztlichen Vereins: Montag, d. 19. Nov. 1907.

Tagesordnung: Zeidler: Zur Kasuistik der Erkrankungen der Gallenwege.



Zum Zweck der jährlich stattfindenden Kontrolle der Adressen der in der Liste der «St. Petersburger Medizinischen Wochenschrift» verzeichneten Krankenpflegerinnen ersuchen wir Diese hiermit der Redaktion Ihre jetzigen Adressen mitzuteilen.

Die Redaktion
der „St. Petersburger Med. Wochenschrift".

Adressen von Krankenpflegerinnen:
Frl. **Pauline Winkel**, Конногвардейскій переулокъ 4, кв. 2.

Herausgeber Dr. Rudolf Wanach. Buchdruckerei v. A. Wienecke Katharinenhofer Pr. № 15.

XXXII. JAHRGANG. ST. PETERSBURGER Neue Folge XXIV. Jahrg.

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Redaktion von

Prof. Dr. Karl Dehio. Dorpat. Dr. Johannes Krannhals. Riga.

Dr. Rudolf Wanach. St. Petersburg.

Die „St. Petersburger Medizinische Wochenschrift" erscheint jeden Sonnabend.—Der Abonnementspreis ist in Russland 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr inkl. Postzustellung; in den anderen Ländern 20 Mark jährlich, 10 Mark halbjährlich. Der Insertionspreis für die 3mal gespaltene Zeile in Petit ist 20 Kop. oder 45 Pfen.—Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt. - Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.

Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate bittet man ausschliesslich an die Buchhandlung von K. L. Ricker in St. Petersburg, Newsky-Prospekt № 14, zu richten. — Manuskripte sowie alle auf die Redaktion bezüglichen Mitteilungen bittet man an den geschäftsführenden Redakteur Dr. R. Wanach in St. Petersburg, Petersb. Seite, Alexandrowski Pr. 6 zu richten. Sprechst. Dienstag, Donnerstag und Sonnabend 5—6.

№ 41 St. Petersburg, den 13. (26. Oktober). 1907.

Ergebnisse der neueren Syphilisforschung für die Praxis.

Von

Dr. med. G. v. Engelmann.

Dirig. Arzt der dermatologischen Abt. am Stadtkrankenhause zu Riga.

(Vortrag, gehalten auf dem XIX. Livländischen Aerztetage in Dorpat. 19. Aug. 1907.

(Schluss.)

Eine ganze Reihe von solchen Untersuchungen sind von den genannten Forschern und Anderen [7]) bereits mit augenscheinlichem Erfolg unternommen worden. Von besonderem Interesse sind eine Anzahl von Versuchen die sich besonders mit den parasyphilitischen Erkrankungen, der Tabes und der progr. Paralyse befasst haben. A. Schütze [8]) z. B. untersuchte nach der Methode der Komplementablenkung die Cerebrospinalflüssigkeit von 12 Tabeskranken. 7 Patienten gaben in der Anamnese das Ueberstehen von Lues zu, einer hatte zur Zeit manifeste Luessymptome. Bei 4 konnte weder objektiv noch anamnestisch Lues nachgewiesen werden. Bei den Versuchen mit der Cerebrospinalflüssigkeit der letzteren 4 erfolgte komplete Hämolyse, während bei den übrigen 8 durch Komplementablenkung das Vorhandensein syphilitischer Antikörper nachgewiesen wurde. So bestechend solche Resultate auch aussehen mögen, so sind noch mancherlei Einwände möglich und der Beweis dass es sich wirklich um spezifisch syphilitische Antikörper handelt kann noch nicht als erbracht gelten. Ueber die klinische Bedeutung der Reaktion ist wie gesagt eine Entscheidung noch unmöglich, die Hoffnung ist dagegen durchaus gerechtfertigt, dass man auf dem eingeschlagenen Wege zu einwandfreien Resultaten mit der Zeit gelangen wird, die grosse Bedeutung eines solchen Resultats welches die Konstatierung der Latenz und der Ausheilung der Lues ermöglichen würde liegt auf der Hand.

Die Frage der Immunität die mit den genannten Untersuchungen eng verknüpft ist, wird dann ebenfalls einer exakten Beurteilung unterworfen werden können, während wir bisher für das Zustandekommen einer echter Immunität keinerlei Beweise erbringen konnten und die Frage offen ist ob nicht die Unempfänglichkeit gegen erneute Infektion noch auf bestehender Krankheit beruht.

Wenden wir uns nunmehr zu den Ergebnissen welche für die Therapie der Syphilis aus den besprochenen Forschungsergebnissen resultieren. Der Wert jeder wesentlichen Aenderung in dieser Hinsicht wird sich bei einer Krankheit wie der Syphilis, bei der sich das Endresultat erst nach Jahrzehnten konstatieren lässt auch erst nach grösseren Zeiträumen feststellen lassen.

In gewissen Fragen wird aber auch jetzt schon eine Revision unserer bisherigen Anschauungen, und der sich daraus ergebenden Stellungnahme zur Notwendigkeit.

Von vornherein stellt sich die Frage der Behandlung des Primäraffektes in den Vordergrund.

Tierversuch und Spirochätennachweis haben uns in den Stand gesetzt die Frage des Verlaufes der Infek-

[7]) M. Wassermann u. G. Meier. Deutsche med. W. 1907.

[8]) Berl. klin. W. 1906.

tion zu beantworten, die Zeit des Eintrittes der Allgemeininfektion zu bestimmen.

Die Diagnose der syphilitischen Natur des Primäraffektes ist durch die mikroskopische Untersuchung auf Spirochäten zu einer Zeit möglich wo die sonstigen klinischen Symptome noch vollkommen fehlen. Jetzt erst lässt sich der Wert der Bestrebungen durch Exzision resp. Behandlung der Initialmanifestation die Allgemeininfektion zu verhindern oder zu modifizieren, die so alt wie die Syphilisforschung sind, einer sicheren Beurteilung unterziehen. Bisher blieb bei anscheinend gelungener Abortivbehandlung durch operative Entfernung des Ulcus resp. der Sklerose, stets der Einwand bestehen, dass es sich im betreffenden Falle eben gar nicht um Lues gehandelt habe; sprach doch das Misslingen sehr frühzeitiger Excisionen für diese Auffassung.

Eine Anzahl positiver Erfolge beim Menschen ist jetzt schon, neben vielen Misserfolgen, publiziert worden.

Neisser[9]) hat die Frage experimentell an Affen einer Prüfung unterzogen. Nach seinen Resultaten kommt für die Beurteilung des Wertes der Excision als therapeutischer Methode und für die Feststellung der Zeit der Einwanderung des Giftes in den Organismus die Art der Läsion an der Infektionsstelle wesentlich in Betracht.

Je nachdem ob die Infektionsträger

1) nur in die Spalträume des rete Malpighi oder

2) in die Lymphräume des Papillarkörpers oder

3) sofort in die Blutgefässe eindringen, resultieren ganz verschiedene Einwanderungsbedingungen; je nachdem sind auch die Chancen für den Erfolg der Excision verschieden und darum erklären sich die wechselnden Resultate der unternommenen Versuche.

Positives Ergebniss d. h. Freibleiben von Sekundärerscheinungen beobachtete Neisser bei 5 Affen bei denen nach 10 Minuten bis 6 Stunden nach erfolgter Impfung die Impfstelle excidiert worden war und nur bei einem Tier bei dem dieses erst am 12. Tage geschehen war. Bei allen übrigen, darunter auch solchen bei denen die Excision schon 8 und 14 Stunden post infectionem ausgeführt worden war, hatte dieselbe keinen Erfolg.

Bestätigen diese Versuche nun auch die Resultate der bisherigen klinischen Erfahrung über die geringen Aussichten dieses Vorgehens für die Verhütung der Allgemeininfektion, so erweisen sie doch deren Möglichkeit. Daher wird die Entfernung des Primäraffektes in allen Fällen vorzunehmen sein wo sie ohne Schädigung ausführbar ist, und zwar schon um dem Körper den Spirochätenherd zu entziehen und den Kampf mit den so an Zahl verminderten Krankheitserregern zu erleichtern, wo die Excision nicht gut ausführbar erscheint wird man zur Holländerschen Heissluftcauterisation greifen können.

Falls nun in einem Falle die Zerstörung des Primäraffektes von Erfolg gekrönt ist, die Sekundärerscheinungen also ausbleiben tritt die Frage an den Arzt heran was mit dem Patienten weiter geschehen soll. So lange das Auftreten sekundärer Symptome der einzige Beweis für das Vorliegen von Syphilis war musste man folgerichtig das Erscheinen abwarten. Jetzt liegen die Dinge anders. Dürfen wir das Ausbleiben der Sekundärerscheinungen, trotz positiven Spirochätenbefundes, für Heilung ansehen. Die Ansichten darüber gehen auseinander. Da wir zur Zeit noch kein sicheres Unterscheidungsmittel zwischen Latenz und Freisein von Lues besitzen, tritt Neisser auch in diesen Fällen anscheinend erfolgreicher Abortivbehandlung für eine energische antiluetische Kur ein, auch Lesser[10]) stellt sich in seinem neuesten Vortrag auf denselben Standpunkt, während in der Diskussion von Rosenthal die entgegengesetzte Meinung vertreten wurde.

Vielleicht wird es auf dem Wege der erörterten Serumdiagnostik gelingen in solchen Fällen die Entscheidung zu treffen.

Eine weitere ungeklärte Frage, die schon zu vielfachen widersprechenden Meinungsäusserungen geführt hat, ist die nach dem geeignetsten Zeitpunkt für den Beginn der Allgemeinbehandlung.

Dass bisher die Frühbehandlung, d. h. die Einleitung der Kur vor dem Auftreten der Sekundärerscheinungen, im Allgemeinen verworfen wurde, hatte seinen Hauptgrund in der Verschleierung der Diagnose. Dieses Moment fällt jetzt bei positivem Spirochätennachweis fort. Der von den Gegnern der Frühbehandlung ins Feld geführte zweite Grund fusst auf der Annahme, dass der Erfolg der Behandlung sicherer und ausgiebiger sei, falls diese erst bei eingetretener Reaktion des Körpers auf die Allgemeininfektion beginnen würde.

Die Anhänger der Frühbehandlung erwarten von derselben eine Abschwächung, eventuell sogar Verhütung der Allgemeininfektion durch frühzeitige Bekämpfung des eingedrungenen Virus. Die Beobachtung Neisser's, dass durch die Hg-behandlung die Antigene nicht vernichtet werden, spricht jedenfalls dafür, dass mit der Frühbehandlung nicht eine Beeinträchtigung der Reaktion des Körpers verbunden zu sein braucht, da ja die Anwesenheit des Antigens allein genügt die Bildung der Antikörper hervorzurufen.

Die praktische Entscheidung dieser Frage wird natürlich lange Zeiträume der Beobachtung erfordern da es nicht auf den milderen Verlauf oder das Ausbleiben der Sekundärerscheinungen ankommt, sondern ob dauernd schwere Folgeerscheinungen, tertiäre Formen und parasyphilitische Erkrankungen ausbleiben.

Die Beobachtungen Thalmanns[11]) sprechen jedenfalls für die Möglichkeit eines Erfolges der Frühbehandlung.

Ob die neuen Entdeckungen im Laufe der Zeit zu einer Umgestaltung der Luestherapie führen werden lässt sich im gegenwärtigen Moment nicht annähernd voraussagen. Bestrebungen zur Erreichung einer „ätiologischen Therapie“ durch ein geeignetes Serum sind auf Grund der unternommenen Tierversuche im Gange.

Die Versuche befinden sich jedoch noch zu sehr im Anfangsstadium, als dass die bisher publizierten Resultate[12]), denen negative Ergebnisse anderer Forscher entgegenstehen ein Urteil über die Erfolgsmöglichkeit derselben zulassen könnten.

In neuerer Zeit hat die Verwandtschaft der Spirochäten mit den Trypanosomen dazu geführt das Arsen in der Form des Atoxyls, welches sich gegen die letzteren, besonders die Erreger der Schlafkrankheit hervorragend wirksam gezeigt hatte, auch gegen die Spirochäten in Anwendung zu bringen. Nachdem Uhlenhuth[13]) bei der Hühnerspirillose positive Resultate erzielt hatte wurden von Uhlenhuth, Hoffmann und Roscher[14]) Versuche bei der Syphilis unternommen. Von Lassar, Lesser u. A. wurde darauf-

---

[9]) Die experimentelle Syphilisforschung. Berlin 1906.

[10]) Die Syphilisbehandlung im Lichte d. neuen Forschungsresultate. Deutsche med. W. 1907 Nr. 27.

[11]) Die Frühbehandlung der Syphilis. Münch. med. W. 1907. Nr. 13.

[12]) Spitzer, Wiener kl. Woch. 1905 u. 1906.

[13]) Deutsche med. W. 1907. Nr. 4.

[14]) » » » » Nr. 22.

hin eine Anzahl Syphilitiker mit Atoxylinjektionen behandelt. Die anfangs angewandten kleinen Dosen ergaben negative Resultate. Erst als man nach dem Vorgange von Salmon zu bedeutend höheren Gaben überging gelangte man zu unerwartet günstigen Heilungsresultaten.

Die Publikationen über dieselben lauten ziemlich übereinstimmend dahin, dass eine günstige Beeinflussung und häufig Ausheilung der verschiedensten Syphiliserscheinungen, sowohl recenter, wie Spätformen durch das Atoxyl erreicht werden kann. Besonders wird die günstige Wirkung bei maligner Syphilis hervorgehoben. Daneben traten aber auch bald Berichte über Intoxikationen zum Teil recht ernster Natur auf. Es zeigte sich bald, dass das Atoxyl cumulative Wirkungen entfaltet, so dass nicht nur der Einzeldosis sondern vor allem der in Anwendung zu bringenden Gesammtquantität bestimmte Grenzen gezogen werden müssen. Nach diesen Erfahrungen kann für die Praxis im Atoxyl kein Ersatz der Quecksilber- und Jodtherapie gesehen werden, wenn auch die fraglos vorhandene eclatante Wirkung uns im Atoxyl für bestimmte gegen Quecksilber refractäre oder intolerante Fälle ein wertvolles Heilmittel gewährleistet, welches unser therapeutisches Rüstzeug ergänzt. Auch ich habe mich von der günstigen Wirkung der Atoxylbehandlung bei maligner Lues überzeugen können, bin aber in letzter Zeit auf die von Rosenthal empfohlene subkutane Anwendung der arsenigen Säure als Ersatz des Atoxyls übergegangen da derselben die cumulative Wirkung fehlt. Nach meinen bisherigen allerdings noch wenig zahlreichen Erfahrungen, kann ich die günstige Wirkung derselben, welche der Atoxylwirkung nicht nachzustehen scheint durchaus bestätigen.

Zum Schluss habe ich noch die Präventivbehandlung zu erwähnen, deren Begründung auf experimentellem Wege von Metschnikoff und Roux versucht worden ist. Die zahlreichen an Affen angestellten Versuche und ein Experiment am Menschen, einem Arzt, der sich der Impfung mit Syphilisvirus zu diesem Zweck unterzog, ergaben die Möglichkeit einer Verhütung der Infektion durch Einreibung einer 30% Calomellanolinsalbe, die eine Stunde nach stattgehabter Impfung appliziert wurde.

Zur Kontrolle waren einige Affen mit demselben Virus geimpft worden. Zwei der Kontrolltiere wurden ebenfalls mit Calomelsalbe behandelt, das eine aber erst 20 Stunden nach der Impfung. Das letztere Tier sowie die nicht mit der Salbe behandelten bekamen typische Primäraffekte während bei dem Arzt und dem gleichzeitig mit ihm mit Salbe behandelten Affen trotz monatelanger sorgfältiger Kontrolle jede Spur einer Luesinfektion ausblieb. Ausser diesen Experimenten spricht auch die Beobachtung, dass bei örtlicher Quecksilberapplikation die Spirochäten rapide an Zahl abnehmen und verschwinden für die Möglichkeit einer Verhinderung der Infektion durch rechtzeitige präventive Behandlung.

Die grundlegende Wichtigkeit der neuen Forschungsresultate für den weiteren Ausbau der Syphilisforschung glaube ich in dieser kurzen Uebersicht dargetan zu haben, dass das bisher Erreichte noch keine festabgeschlossenen Resultate darstellen kann liegt in der Natur der Sache. Neue Grundlagen sind jedoch geschaffen und neue Wege sind angebahnt worden. Welche von diesen an das Ziel führen werden muss die Zukunft lehren.

Referate.

Erik Eklöf, Studier beträffande den antarktiska luftens och markens bakteriehalt. Hygiea 1907. S. 27.

Verf. war Mitglied der Südpolarexpedition des jüngeren Nordenskjöld 1901—1904. Seine Untersuchungen der Bakterienflora der Luft und des Bodens sind auf der Insel Snow Hill gemacht worden, 64° 22′ südlicher Breite und 57° westlicher Länge (London), wo die Expedition 19 Monate weilte. Wegen der beständig rasenden Stürme und häufigen Niederschläge fand sich in den auf dem Boden ausgestellten Petrischalen fast immer Sand oder Schnee; nur einige Dutzend Proben waren einwandsfrei. Nach 2stündiger Exposition fand sich durchschnittlich eine Bakterie, so dass Verf. die Luft für praktisch steril hält.

Der Boden dagegen enthielt unerwartet zahlreiche Bakterien, und zwar fanden sich im antarktischen Sommer im Januar 1903, 140,000 im ccm., im Winter 5,000—10,000, im Mittel von 19 Monaten 19,000; während in Europa das Mittel Millionen ausmacht. Fäulnisbakterien fehlten ganz und auch pathogene Bakterien schienen zu fehlen, da während der ganzen Zeit kein Mitglied der Expedition an den sog. Erkältungskrankheiten, Rheumatismus, Angina, Bronchitiden, Laryngitiden, Pneumonie, Pleuritis u. s. w. litt, wogegen fast alle an solchen Affektionen erkrankten, sobald sie in wärmere Gegenden, nach Argentina kamen.

Da Bakterien zu ihrer Entwickelung 12—13° Wärme bedürfen, die mittlere Lufttemperatur aber auch im wärmsten Monat, im Januar —1° betrug, untersuchte Verf. die Bodenwärme und fand sie während der wärmsten Zeit unter dem Einfluss der Sonnenwärme bis + 30°, so dass die Entwickelungsbedingungen für die Bakterien gegeben sind.

Buch.

Joh. Almquist[1], Om den merkuriella kolitens och stomatitens patogenes. Hygiea 1907. H. 3. S. 237.

Die hämorrhagischen Infarkte, Erosionen und Geschwüre in der Schleimhaut des Dickdarms und die blutigen Stühle als Folge sowohl von akuter als chronischer Quecksilbervergiftung, ebenso die Zahnfleischaffektion sind schon lange bekannt, die Pathogenese aber noch viel umstritten. Verf. entwickelt nun eine neue Theorie. Heilborn beobachtete bereits 1878 in den Gefässen der Dickdarmschleimhaut «einen feinen gegen die gewöhnlichen Reagentien sehr resistenten, aus schwarzen Körnchen sich zusammensetzenden Belag (Schwefelquecksilber?)». Diesen Belag hat Verf. näher untersucht und gefunden, dass er in ganz dünner Schicht nicht schwarz sondern gelblich erscheint, sowie dass er wirklich die mikrochemischen Reaktionen des Schwefelquecksilbers gibt. Die Körnchen sitzen in den Endothelzellen der Kapillaren und sollen primär auftreten, während sich die Infarkt- und Geschwürsbildung sekundär anschliessen. Er zieht hieraus den Schluss, dass durch die Körnchenbildung die Kapillaren starr werden, nekrotisieren und so Ursache von Blutung und Geschwürsbildung werden. Die Körnchen aber kämen so zustande, dass der durch Fäulnis im Dickdarm entstehende Schwefelwasserstoff in den Kapillaren die im Blut zirkulierende Quecksilberlösung antreffe und eine Fällung von Schwefelquecksilber veranlasse. Auch die Zahnfleischaffektion werde auf dieselbe Weise verursacht; auch im Munde könne sich Schwefelwasserstoff bilden und den Niederschlag bilden; Auch hier hat Verf. die Körnchen in den Endothelien der Kapillaren beobachtet. (Ganz dieselbe Darmaffektion, dieselbe hochgradige Erweiterung der Venen in der Submukosa, sowie die Herabsetzung des Blutdrucks sind als Folgen der putriden Intoxikationen und des septischen Prozesses schon lange bekannt und Armin Köhler zeigte bereits, dass die Fibrinfermentvergiftung ganz dieselben Bilder schafft, und dass die Infarkt- und Geschwürsbildung, ebenfalls mit Vorliebe auf der Faltenhöhe, durch Blutgerinnung in den Kapillaren der Schleimhaut, Stauung und Blutung zustande kommt. Es ist nun höchst wahrscheinlich, wie auch Kaufmann und Kunkel schon angenommen haben, dass das Quecksilber, gleich dem septischen Gift durch Zerstörung farbloser Blutkörperchen zur Bildung von Fibrinferment Anlass gibt und damit zur Infarktbildung. Auch beim septischen Prozess ist vielfach dieselbe Zahnfleischaffektion beschrieben worden, während noch nie Schwefelwasserstoff als Bestandteil der Mundhöhle nachgewiesen worden ist. Zudem ist mit Vorliebe das Zahnfleisch der Vorderzähne affiziert, während doch die hinteren mehr der Fäulnis ausgesetzt sein müssten. Verf. beschreibt einen Fall von chronischer Quecksilbervergiftung, der in einem Anfall von akuten Appendizitis und Peritonitis zu

Grunde ging. Das Bild der Darmaffektion entspricht Zug für Zug der akuten septischen Darmaffektion, während Verf. sie für die chronische Quecksilbervergiftung in Anspruch nimmt, so ähnlich sind die Erscheinungen).

B u c h.

Bücheranzeigen und Besprechungen.

H. O p p e n h e i m: Beiträge zur Diagnostik und Therapie der Geschwülste im Bereich des zentralen Nervensystems. Mit 20 Abbildungen im Text und 6 Tafeln. Berlin, 1907. Verlag von S. Karger. 193 Seiten. Preis 8 Mark.

Das Buch ist E. v. B e r g m a n n, «dem deutschen Führer der modernen Hirnchirurgie», zu seinem 70. Geburtstage gewidmet. Der erste Teil enthält 14 Krankengeschichten von Hirntumoren. Die allgemeinen Schlussfolgerungen zieht Verf. aus einer Statistik von 27 zur Operation gekommenen Fällen, von welchen 3 (11,1 pCt.) geheilt, 6 (22,2 pCt.) gebessert wurden, 55,5 pCt. einen Misserfolg hatten; in 44,4 pCt. der letzteren handelte es sich um die prognostisch besonders ungünstigen Geschwülste der hinteren Schädelgrube. «In 22 oder 23 von den 27 Fällen war sowohl die allgemeine wie die lokale Diagnoes eine exakte». «Von 10 oder 9 für die chirurgische Therapie sorgfältig ausgewählten und grösstenteils richtig diagnostizierten Fällen von Tumor cerebri hat nur einer Aussicht auf vollen Erfolg der operativen Behandlung». — Der zweite Teil bringt 15 Krankengeschichten von Rückenmarksgeschwülsten, über deren operative Behandlung Verf. zu folgenden erfreulicheren Schlusssätzen gelangt:

«1. Es unterliegt keinem Zweif l mehr, dass bei den Krankheitszuständen, die die typische Symptomatologie des Rückenmarkhauttumors bieten, die chirurgische Behandlung dringend indiziert ist. Beschränkt man sich auf diese Fälle, so ist schon nach den jetzigen Erfahrungen in circa 50 pCt. auf einen Heilerfolg zu rechnen, der ein um so vollkommener sein wird, je früher der Eingriff vorgenommen wird. Wenn auch immer noch ein grosser Prozentsatz der mit positivem Resultat Operierten an Shoc und namentlich an Meningitis zugrunde geht, so steht es doch durchaus zu erhoffen, dass mit der sich mehr und mehr vertiefenden Erfahrung der Chirurgen diese Folgezustände immer seltener werden. — 2. Auch bei typischer Symptomatologie sind diagnostische Fehler nicht immer zu vermeiden, indem das Bild des extramedullären Tumors einmal durch Wirbelleiden (insbesondere Wirbelgeschwülste) vorgespiegelt als auch ausnahmsweise durch einen lokalisierten meningitischen Prozess oder durch die intramedulläre Neubildung vorgetäuscht werden kann. Jedenfalls verdient es alle Beachtung, dass die Differentialdiagnose zwischen dem extramedullären Tumor einerseits, dem intramedullären und den Wirbelsäulegeschwülsten andererseits nicht immer eine sichere ist, wie das besonders die Kasuistik N o n n e s (vergl. die Abhandlung von S t e r t z) lehrt. — 3. Unter den Formen der lokalisierten Meningitis, die das Krankheitsbild des extramedullären Tumors täuschend nachahmen können, verdient die von m i r und K r a u s e beschriebene M e n i n g i t i s s e r o s a s p i n a l i s ein besonderes Interesse. Es muss aber hervorgehoben werden, dass es sich da noch um einen nicht genügend fundierten Begriff handelt, dass es noch an präziesen und völlig abgeschlossenen Beobachtungen fehlt, die die Existenz, die Pathogenese dieses Leidens dartun und seine Beziehung zur Symptomatologie in durchsichtiger Weise erläutern. — Die Symptomatologie der extramedullären Rückenmarksgeschwülste ist sehr häufig eine atypische. Eine grosse Anzahl der chirurgisch heilbaren Neubildungen würde also dieser Behandlung entzogen werden, wenn die Indikationen nicht weiter gesteckt würden. Es muss somit die Berechtigung der e x p l o r a t i v e n Laminektomie unbedingt anerkannt werden. Gewiss soll sie nur ausnahmsweise und auf Grund sorgfältigster Erwägungen bei deutlicher Progredienz des Leidens in differentialdiagnostisch schwierigen Fällen und zwar dann vorgenommen werden, wenn unter den verschiedenen Möglichkeiten die Annahme einer extramedullären Geschwulst ein gewisses Mass von Wahrscheinlichkeit besitzt. — Eins muss aber unter diesen Verhältnissen besonders verlangt werden, dass bei unsicherer Allgemeindiagnose die Niveaudiagnose eine möglichst bestimmte ist, damit der probatorische Eingriff ein möglichst beschränkter bleibt und kein wesentliches periculum vitae mit sich bringt. — 5. Die explorative Laminektomie soll nicht an der Dura Halt machen, da die extramedulläre intradurale Neubildung vor Eröffnung der Dura entweder gar nicht oder doch nicht immer sicher zu erkennen und zu beurteilen ist. Nur in einem Teil unserer Fälle liess sich die Geschwulst schon durch die Dura hindurch mittels des Auges oder des tastenden Fingers erkennen. Dass die explorative Laminektomie bei negativem Ergebnis, d. h. bei dem Vorhandensein eines intramedullären Prozesses dem Kranken nicht zu schaden braucht, wird sowohl durch Beobachtungen, die ich selbst angestellt, als auch durch die von S t e r t z, P u t n a m - W a r r e n u. A. mitgeteilten Fälle dargetan. — 6. Die Annahme eines sogenannten Pseudotumors des Rückenmarks schwebt noch in der Luft, desgleichen die der «spontanen Rückbildung der Rückenmarksgewächse«.

M i c h e l s o n.

Die Zuckerkrankheit, ihre Komplikationen und ihre Behandlung von R. L é p i n e in Lyon. Autorisierte deutsche Bearbeitung von F e r d i n a n d K o r n f e l d in Wien. Leipzig und Wien. Franz Deuticke, 1906.

«Le Diabète non compliqué et son traitement» und «Les complications du Diabète et leur traitement» sind die Titel zweier von R. L é p i n e in den Jahren 1905 und 1906 in Paris gesondert von einander herausgegebenen Arbeiten. Dr. F. K o r n f e l d hat sich das Verdienst erworben, diese Veröffentlichungen einem weiteren Leserkreise durch eine deutsche Bearbeitung zugänglich zu machen und das Interesse für dies ausgezeichnete Werk zu wecken. Auf den ersten Blick will es einem unmöglich erscheinen, ein so riesiges Gebiet auf 150 kleinen Druckseiten auch nur einigermassen vollständig zu behandeln, und doch ist es dem Verfasser ausgezeichnet gelungen, in diesem Rahmen den Stand unseres augenblicklichen Wissens auf diesem Gebiet in prägnanter Weise zu skizzieren. Alles Hypothetische wird nach Möglichkeit bei Seite gelassen, es werden ausführlich nur die zu abgeschlossenen Facta herangereiften Untersuchungsresultate besprochen. Wenn wir im chemischen und allgemeintherapeutischen Teil uns des Gedankens nicht erwehren können, dass hier der Raummangel der Behandlung des Stoffes zu enge Grenzen gezogen hat, so sind wir andererseits überrascht durch die bis in's Detail gehende Bearbeitung der Komplikationen und ihrer Therapie. Der Verfasser hat es sogar möglich gemacht mehrere Nahrungsmitteltabellen zu geben. Wenn auch diesem Werke ein umfassendes Studium der Literatur zu Grunde liegt, so konnten speziellere Angaben über einzelne Autoren natürlich nicht gemacht werden. Für die nächste Zeit kündigt der Verfasser das Erscheinen einer ausführlichen Bearbeitung des Diabetes melitus an. Vor allem dürfen wir mit grossem Interesse der einheitlichen Zusammenfassung der Spezialstudien des so verdienten Diabetesforschers entgegensehen.

E. K o c h.

Der Diabetes mellitus von Dr. B. N a u n y n. Zweite umgearbeitete Auflage. Wien 1906. Alfred Hölder.

Volle acht Jahre sind es her, dass die erste Auflage dieses fundamentalen Werkes ihren Siegeslauf durch die medizinische Welt antrat. Dieser lange Zeitraum macht es erklärlich, dass viele Abschnitte haben umgearbeitet und erweitert werden müssen. Andere Ausführungen konnten wesentlich gekürzt werden, weil das, wofür N a u n y n damals mit seiner ganzen Autorität eintrat, jetzt aus dem Gebiete der Streitfragen in das der unantastbaren Facta gerückt ist. Die Umarbeitung der chemisch-physiologischen Einleitung und den Abschnitt über den Zuckernachweis hat Dr. B a e r -Strassburg selbständig in überaus klarer Weise durchgeführt.

Die einzelnen Vorzüge dieses Werkes dürften zu bekannt sein, als dass man darüber Worte verlieren sollte. Um so sonderbarer mutet es einen an, wenn eine so einschneidende Bereicherung der Diabetestherapie, wie sie uns in der von N o o r d e n'schen Haferkur geboten wird, in ein paar Zeilen mit einem vielleicht unberechtigten Skepticismus abgemacht wird. Gerade die ausführlich dargelegten Erfahrungen eines Forschers vom Range N a u n y n s wären von unschätzbarem Wert für die Beurteilung dieser Frage.

E. K o c h.

Tagesnachrichten.

Personalia.

— Der bekannte Kliniker Professor Dr. Friedrich Mosler in Greifswald beging am 16./29. Oktober sein 50-jähriges Dozentenjubiläum. Mosler, der gegenwärtig im 77. Lebensjahre steht, ist bereits seit einiger Zeit von seinen amtlichen Verpflichtungen als Professor der Pathologie und Therapie sowie als Direktor der medizinischen Klinik der Universität Greifswald entbunden.

— Der Brigadearzt der Transbaikal-Kosakenbrigade, Staatsrat Dr. Dickstein, ist mit Uniform und Pension verabschiedet worden.

— Der Privatdozent für chirurgische Diagnostik Dr. Beresowski wurde in einer der letzten Konseilsitzungen der Moskauer Universität zum ausseretatmässigen Professor auf dem Lehrstuhl der chirurgischen Pathologie gewählt.

— Der stellvertretende ausserordentliche Professor der Chemie am weiblichen medizinischen Institut und ausserordentliche Professor der St. Petersburger Universität, Dr. chem. Tischtschenko, ist in dem von ihm bekleideten Amte am med. Institut bestätigt worden, unter Belassung als ausserord. Professor an der Universität.

— Von der deutschen Naturforscherversammlung in Dresden wurde in den Vorstand für 1908 gewählt: Prof. Dr. Wettstein v. Westerheim (Wien) als I. Vorsitzender sowie die Professoren Dr. Rubner (Berlin) und Dr. Wien (Würzburg) als Stellvertreter.

— Der Professor ord. der militär-medizinischen Akademie, Ehrenleibmedikus des Allerhöchsten Hofes, wirkl. Staatsrat Dr. Sergius Botkin, ist zum Mitgliede des Hauptkomitees zur Verpflegung der Kinder von Personen, die im Kriege mit Japan ums Leben gekommen sind, ernannt worden, unter Belassung in seinen bisherigen Stellungen.

— Professor Dr. Robert Koch ist nach anderthalbjährigem Aufenthalt am Victoriasee aus Südafrika nach Berlin zurückgekehrt, um dem Reichsamt des Innern über die Ergebnisse seiner Forschungen in den Tropen mündlich Bericht zu erstatten. Was der berühmte Forscher nach Erledigung seiner «Geschäfte in Berlin anfängt, wird, wie der Berl. Lokalanz.» mitteilt, davon abhängen, wie ihm das Klima bekommt. Er hat in Afrika an einer gewissen Neigung zu Erkältungen gelitten; sollte er in Berlin den Eindruck erhalten, dass das nordische Novemberwetter seinen Atmungsorganen nicht zusagt, so will er schleunigst nach Italien oder Egypten zurückkehren.

— Der bekannte Berliner Pharmakologe Prof. Dr. Oskar Liebreich ist schwer erkrankt und es soll wenig Hoffnung auf seine Wiederherstellung vorhanden sein. Vorläufig wird er in den Vorlesungen und im pharmakologischen Laboratorium von Prof. Langaard vertreten. Da aber dieser Notbehelf in Anbetracht der Wichtigkeit der von Liebreich vertretenen medizinischen Disziplin nur von kurzer Dauer sein kann, so ist die Berliner medizinische Fakultät von der Unterrichtsverwaltung aufgefordert worden, Vorschläge betreffend die definitive Neubesetzung der tatsächlich schon jetzt vakant gewordenen Professur zu machen. Man darf wohl annehmen, dass Prof. Langgaard, der seit vielen Jahren als erster Assistent an dem pharmakologischen Institut wirkt und zu den angesehendsten Vertretern seines Faches zählt, zum Nachfolger Liebreichs gewählt werden wird.

Nekrologe:

— Verstorben sind: 1) Am 6. Oktober zu Mitau Dr. Wilhelm v. Raison im Alter von 68 Zahren an einer Nierenkrankheit, die er sich auf einer Fahrt zu einem Kranken zugezogen hatte. Im Pastorat Gross-Autz (Kurland) als Sohn des dortigen Pastors geboren, erhielt er seine Gymnasialbildung in Mitau und bezog dann die Dorpater Universität, an welcher er anfangs kurze Zeit Theologie, dann von 1860—66 Medizin studierte und im November 1866 zum Dr. medicinae promoviert wurde. Nachdem er nun ein Semester als Assistent an der Dorpater geburtshülflichen Klinik fungiert hatte, war er sukzessive Landschaftsarzt im Gouv. Twer, stellv. Stadtarzt zu Ustjushna (Gouv. Nowgorod) und Bezirksarzt des St. Petersb. Findelhauses zu Koporje (Gouv. Petersburg), um sich dann 1874 in seiner kurischen Heimat bleibend niederzulassen. In mehr als 30-jähriger Tätigkeit hat Dr. v. Raison in dem kurländischen Städtchen Doblen und Umgegend einen vortrefflichen Ruf als Arzt sich erworben, aber auch sonst war er ein gern gesehenes Glied der Gesellschaft geworden, wozu auch nicht wenig sein musikalisches Talent beitrug. 2) Am 9. Oktober in Jeisk (Kubangebiet) Dr. Wilhelm Halle im 38. Lebensjahre. Der Hingeschiedene stammte aus Kurland und hatte seine medizinische Ausbildung ebenfalls in Dorpat erhalten, wo er von 1889—95 studierte und im April 1895 den Arztgrad erlangte. Seine praktische Tätigkeit begann er als Landarzt in Lemburg (Livland), begab sich aber bald zu weiteren Studien ins Ausland, wo er die Kliniken in Berlin, Heidelberg und Bern besuchte und einige Zeit auch als Volontärassistent des Professors Mikulicz in Breslau fungierte. Nach seiner Rückkehr in die Heimat zu Anfang 1898 liess er sich als Spezialist für Chirurgie in Riga nieder. Beim Ausbruch des russisch-japanischen Krieges begab er sich auf den Kriegsschauplatz, wo er anfangs als Oberarzt der Rodsjankoschen berittenen Sanitätskolonne, dann an einem Lazarett des Roten Kreuzes tätig war. In der letzten Zeit praktizierte Dr. Halle in der Stadt Jeisk. 3) Am 14. Oktober in Moskau der Professor emer. der Chirurgie an der dortigen Universität, wirkl. Staatsrat Dr. Theodor Ssinizyn, im Alter von 70. Jahren nach mehr als 40-jähriger ärztlicher und wissenschaftlicher Tätigkeit. Er ist während des Gottesdienstes in der Universitätskirche plötzlich verstorben. Seine Vorlesungen betrafen die chirurgische Pathologie und die Urologie; er war auch Präses der Moskauer chirurgischen Gesellschaft. 4) Im Flecken Krassnoje (Gouv. Podolien) Dr. Wladislaw Babinski im 72. Lebensjahre. Der Verstorbene, welcher i. J. 1861 den Arztgrad erlangte, hatte in der letzten Zeit seine Praxis aufgegeben. 5) In Kreuzburg (Oberschlesien) am 14./27. Oktober der langjährige Direktor der dortigen Provinzial-Heil- und Pflegeanstalt, Geh. Sanitätsrat Dr. Arthur Brückner, im 81. Lebensjahre.

Von Universitäten und med. Instituten.

— Der dem St. Petersburger klinischen Militärhospital zukommandierte Dr. Alexander Drzewecki hat sich mit Genehmigung der Konferenz der militär-medizinischen Akademie als Privatdozent für innere Medizin an der genannten Akademie habilitiert.

— Bezüglich der von uns in der vorigen Nr. erwähnten gefälschten Maturitätszeugnisse, auf Grund welcher Studenten an der Dorpater und Petersburger Universität Aufnahme gefunden hatten, ist jetzt festgestellt, dass diese Zeugnisse auf Bestellung in Kiew und Wilna angefertigt worden sind. Bei einer Haussuchung bei den Juden Schlem Gerlin und Meier Wolff in Kiew wurden eine Unmenge gefälschter Zeugnisse und Dokumente vorgefunden. Infolgedessen ist in den Hochschulen eine Kontrolle der Zeugnisse der im Laufe der beiden letzten Jahre immatrikulierten Studenten angeordnet worden. Ausserdem hat der Minister der Volksaufklärung die Vorschrift erlassen, dass den Absolventen der Hochschulen die Diplome nur nach vorheriger Prüfung der Echtheit ihrer Maturitätszeugnisse ausgereicht werden und, falls eine Fälschung entdeckt wird, die Angelegenheit unverzüglich dem Gericht übergeben werde.

— Im hiesigen weiblichen medizinischen Institut haben in diesem Semester im ganzen 250 Hörerinnen Aufnahme gefunden, darunter 8 Jüdinnen und 30 Personen, die Diplome über Absolvierung des Kursus ausländischer medizinischer Fakultäten vorgestellt haben. Die letzteren sind in den V. Kursus mit der Verpflichtung aufgenommen worden, mindestens ein Jahr im Institut zu verbleiben. Personen, welche sich von ausländischen Universitäten (vorherrschend aus der Schweiz) in die jüngeren Kurse überführen lassen wollten, wurde die Aufnahme verweigert. Ebenso wurden auf Anordnung des Ministeriums der Volksaufklärung Jüdinnen, welche um Aufnahme über die prozentuale Norm gebeten hatten, abschlägig beschieden.

Standesangelegenheiten.

— Affaire Dr. Reformatski. Soeben ist die Verhandlung des Prozesses zum Abschluss gekommen in Sachen der Ausschreitungen, die im Nov. 1905 vom Personal der hiesigen Irrenanstalt Nikolai Tschudotworez gegen den Oberarzt Dr. Reformatski stattfanden, wobei dieser auf einem Schubkarren gewaltsam aus der Anstalt hinausgefahren

wurde abgeschlossen worden. Von den 23 Angeklagten wurden 11 schuldig befunden und von der besonderen Session des St. Petersburger Gerichtshofs zur Festungshaft verurteilt, und zwar: der jüngere Ordinator der Irrenanstalt Dr. G. Troschin auf 1 Jahr 4 Monate, der Aufseher Schulz auf 2 Jahre 8 Monate, die Kontorbeamten Jakowlew und Martens auf je 8 Monate, 1 Hospitaldiener auf 8 Monate, 5 auf je 7 Monate und 1 Hospitaldiener auf 6 Monate, während 12 Hospitaldiener freigesprochen wurden. Die vier erstgenannten Personen (Dr. Troschin, Schulz, Jakowlew und Martens) fand das Gericht der intellektuellen Urheberschaft bei den Ausschreitungen, die übrigen nur der Ausführung schuldig.

— In Sachen des bewaffneten Aufstandes in Batum im Jahre 1905 verurteilte die Gerichtspalate den Dr. Magalow zu einem Jahr Festungshaft.

— Gegen den hiesigen Arzt Dr. Dubrowin, den Präsidenten des Verbandes des russischen Volkes und verantwortlichen Redakteur der Zeitung «Russkoje Snamja», wird wegen Verbreitung wissentlich falscher Nachrichten über die Tätigkeit des Gefängnisressorts eine gerichtliche Klage anhängig gemacht.

— In Tomsk ist der dortige Arzt Alexander Barabanschtschikow als Organisator des am 28. August d. J. verübten Raubüberfalles auf einen Eisenbahnzug der Tomsker Bahnlinie verhaftet worden.

— Dem Stadtarzt von Pjatigorsk und Vizepräses der russischen Balneologischen Gesellschaft, Dr. P. Rzaksinski, welcher als «politisch unzuverlässig» aus dem Terekgebiet für die Dauer des Kriegszustandes ausgewiesen war, hat der örtliche Generalgouverneur den Aufenthalt in Pjatigorsk wieder gestattet.

— Bekanntlich müssen in Preussen die Kandidaten der Medizin nach bestandener ärztlicher Prüfung in einer hierzu ermächtigten Krankenanstalt sich praktisch beschäftigen. Wie aus einer neuerdings erlassenen Verfügung des Kultusministers hervorgeht, dürfen die Medizinalpraktikanten während der Ableistung des praktischen Jahres noch keine selbständige ärztliche Tätigkeit ausüben. Der Praktikant soll sich unter Aufsicht und Anleitung des ärztlichen Leiters beschäftigen, nicht aber selbständig sein.

— Am 15. November gelangt in der St. Petersburger Gerichtspalate der Prozess in der Angelegenheit des allrussischen Bauernverbandes zur Verhandlung. Unter den 27 Angeklagten befinden sich auch Dr. Margolin, die Aerztinnen Ott, Gumello und Jagunowa sowie viele Studenten.

— Von der St. Petersburger Behörde für Vereinsangelegenheiten ist dem «Verein zur Fürsorge für Waisenkinder von Aerzten» die Legalisation versagt worden.

Verschiedene Mitteilungen.

— Für den bevorstehenden IV. Estländischen Aerztetag sind, wie wir aus dem Programm für die drei Sitzungstage ersehen, auch von 6 Rigaer, 4 Dorpater Aerzten (darunter von den Proff. Dehio und Zoege v. Manteuffel) und 1 Pernauer Arzt wissenschaftliche Vorträge angemeldet worden. Aus St. Petersburg wird Dr. Fick vom deutschen Alexanderhospital an dem Aerztetage teilnehmen und einen Vortrag «Ueber die hypertrophische Form der Darmtuberkulose» halten.

— Unruhen in der hiesigen Irrenanstalt Nikolai Tschudotworez. Politische und gemeine Verbrecher, die zur Beobachtung ihres geistigen Zustandes in dieser Irrenanstalt interniert waren, haben bei einem Fluchtversuch aus der Irrenanstalt den Aufseher Dadarow und den Inspektor der Anstalt Kapitän a. D. D. Geyer durch Dolchstiche schwer verwundet. Es geschah das aus Rache gegen die Beamten der Anstalt, da sie eine Korrespondenz der Arrestanten aufgegriffen hatten und daher den geplanten Fluchtversuch vereiteln konnten. Bei der Besichtigung der Räume, in welchen sich die Verschwörer aufhielten, wurden verschiedene Stricke sowie andere zur Flucht geeignete Gegenstände entdeckt und ausser Dolchen noch grosse Portionen von Cyankalium gefunden, mit dem die Verschwörer die Wächter und Beamten vergiften wollten.

— Aerztliche Vakanzen. Im Korps der Grenzwache sind, wie der Medizinalinspektor des abgeteilten Korps im «Wratsch» mitteilt, Arztstellen für jüngere Aerzte in der Eriwanschen, Jelissawetpolschen und Transkaspischen Brigade vakant. Das Jahresgehalt beträgt bei freier Wohnung und Kronsbedienung im Kaukasus 1500 Rbl., in Mittelasien 1800 Rbl. und steigt vom 5. Dienstjahre an um 200 Rbl. und vom 9. Dienstjahre an noch um 250 Rbl., ausser der Quinquennialzulage. Der Arzt ist verpflichtet, in einem bestimmten Grenzrayon ärztliche Hülfe zu leisten und eine kleine Heilanstalt von 10 Betten zu besorgen. Refl. haben sich mit ihren Gesuchen an den Medizinalinspektor des abgeteilten Korps der Grenzwache in St. Petersburg zu wenden, unter Beifügung eines kurzen Curriculum vitae.

Bf.

— Die Gesamtzahl der Kranken in den Zivilhospitälern St. Petersburgs betrug am 6. Okt. d. J. 11412 (35 mehr als in der Vorwoche), darunter 741 Typhus — (0 mehr), 1031 Syphilis — (36 wen.), 317 Scharlach — (9 wen.), 280 Diphtherie — (17 wen.), 49 Masern — (2 wen.), und 2 Pockenkranke — (1 wen. als in der Vorw.).

— Die Gesamtzahl der Sterbefälle in St. Petersburg betrug in der Woche vom 30. Sept. bis 6. Okt. d. J. im ganzen 606 (330 M., 276 W.), darunter an folgenden Krankheiten:

Typhus exanth. 0, Typhus abdom. 16, Febris recurrens 0, Typhus ohne Bestimmung der Form 0, Pocken 0, Masern 7, Scharlach 17, Diphtherie 22, Croup 0, Keuchhusten 12, Kroupöse Lungenentzündung 23, Erysipelas 4, Grippe 3, Katarrhalische Lungenentzündung 58, Ruhr 3, Epidemische Meningitis 0, Akuter Gelenkrheumatismus 0, Parotitis epidemica 0, andre Krankheiten 205, Anthrax 0, Hydrophobie 0, Puerperalfieber 2, Pyämie und Septicaemie 7, Tuberkulose der Lungen 70, Tuberkulose anderer Organe 19, Alkoholismus und Delirium tremens 6, Lebensschwäche und Atrophia infantum 36, Marasmus senilis 13, Krankheiten des Verdauungskanals 71, Totgeborene 42

Am 13. Okt. d. J. betrug die Zahl der Kranken 11705 (293 mehr als in der Vorwoche.), darunter 772 Typhus — (31 mehr), 1020 Syphilis — (11 wen.), 348 Scharlach — (31 mehr), 247 Diphtherie — (33 wen.), 55 Masern — (6 mehr) und 4 Pockenkranke (4 mehr als in der Vorw.)

— Die Gesamtzahl der Sterbefälle in St. Petersburg betrug in der Woche vom 7. bis zum 13. Okt. d. J. im ganzen 645 (344 M., 301 W.), darunter an folgenden Krankheiten:

Typh. exanth. 0, Typh. abd. 12, Febris recurrens 1, Typhus ohne Bestimmung der Form 2, Pocken 0, Masern 7, Scharlach 32, Diphtherie 22, Croup 0, Keuchhusten 14, Croupöse Lungenentzündung 20. Erysipelas 4, Grippe 3, Katarrhalische Lungenentzündung 53, Ruhr 1, Epidemische Meningitis 0, Acuter Gelenkrheumatismus 0, Parotitis epidemica 0, andre Krankheiten 212, Anthrax 0, Hydrophobie 0, Puerperalfieber 3, Pyämie und Septicaemie 5, Tuberculose der Lungen 98, Tuberculose anderer Organe 21, Alkoholismus und Delirium tremens 4, Lebensschwäche und Atrophia infantum 39, Marasmus senilis 21, Krankheiten der Verdauungsorgane 71, Totgeborene 47.

✦ Nächste Sitzung des Vereins St. Petersb. Aerzte: Dienstag, d. 13. Nov. 1907.

Tagesordnung: Fuhrmann: Ueber fieberhafte Darmerkrankungen der ersten Lebenstage.

Entgegennahme der Mitgliedsbeiträge.

✦ Nächste Sitzung des Deutschen ärztlichen Vereins: Montag, d. 19. Nov. 1907.

Tagesordnung: Zeidler: Zur Kasuistik der Erkrankungen der Gallenwege.

Adressen von Krankenpflegerinnen:
Frl. **Pauline Winkel**, Конногвардейскій переулокъ 4, кв. 2.

Medizinischer Verlag von **Georg Thieme** in Leipzig.

Soeben erschienen:

Physikalische Chemie und Medizin.

Ein Handbuch

Herausgegeben von

Prof. **A. v. Korányi** und Prof. **P. F. Richter**
(Budapest). (Berlin).

Erster Band.

Mit 27 Abbildungen. — Preis Mk. 16.—, Halbfranz Mk, 19.—.
Band II (Schluss) erscheint Anfang 1908.

Der Praktiker

Ein Nachschlagebuch für die ärztliche Praxis

von

Dr. E. Grätzer,
Redakteur der „Excerpta medica" und des „Zentralblattes für Kinderheilkunde".

Erste Abteilung.
Preis Mk. 6.—.

Die 2. Abteilung (Schluss) erscheint Anfang 1908 und wird gleichen Umfang und Preis haben.

Hämatologie des prakt. Arztes.

Eine Anleitung

zur diagnostischen und therapeutischen Verwertung der Blutuntersuchungen in der ärztlichen Praxis

von

Prof. **Dr. E. Grawitz**
(Berlin)

Mit 13 Abbildungen und 6 farbigen Tafeln. — Preis geb. Mk. 6.80.

Lehrbuch der Geschlechtskrankheiten

von

Dr. Max Joseph
(Berlin).

Fünfte Auflage.

63 Abbildungen, 1 schwarze und 3 farbige Tafeln, nebst Anhang von Rezepten.
Preis Mk. 7.20, geb. Mk. 8.20.

Rauber's Lehrbuch der Anatomie des Menschen.

VII. neu ausgestattete Auflage

bearbeitet von

Dr. Fr. Kopsch,
Privatdozent und I. Assistent am Anatomischen Institut zu Berlin.

Abteilung 5: Nervensystem.

299 teils farbige Abbildungen. — Preis geb. Mk. 12.—.

Herausgeber Dr. Rudolf Wanach. Buchdruckerei v. A. Wienecke Katharinenhofer Pr. № 15.

XXXII. JAHRGANG. ST. PETERSBURGER Neue Folge XXIV. Jahrg.

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Redaktion von

Prof. Dr. Karl Dehio. Dorpat.

Dr. Johannes Krannhals. Riga.

Dr. Rudolf Wanach. St. Petersburg.

Die „St. Petersburger Medizinische Wochenschrift" erscheint jeden Sonnabend.—Der Abonnementspreis ist in Russland 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr inkl. Postzustellung; in den anderen Ländern 20 Mark jährlich, 10 Mark halbjährlich. Der Insertionspreis für die 3mal gespaltene Zeile in Petit ist 20 Kop. oder 45 Pfen.—Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt. – Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.

Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate bittet man ausschliesslich an die Buchhandlung von K. L. Ricker in St. Petersburg, Newsky-Prospekt № 14, zu richten. — Manuskripte sowie alle auf die Redaktion bezüglichen Mitteilungen bittet man an den geschäftsführenden Redakteur Dr. R. Wanach in St. Petersburg, Petersb. Seite, Alexandrowski Pr. 6 zu richten. Sprechst. Dienstag, Donnerstag und Sonnabend 5—6.

№ 42 St. Petersburg, den 20. Oktober (2. November). 1907.

Ueber sogen. «hysterisches Fieber».

Vortrag, gehalten auf dem livl. Aerztetag in Dorpat 1907.

Von

Dr. Eduard Schwarz.

Dirigirendem Arzt der Abteilung für Nervenkranke des Rigaschen Stadtkrankenhauses.

Einige Beobachtungen in letzter Zeit und die Arbeit von v. Voss-Petersburg mit ihrer Kritik durch Strümpell (Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde Bd. XXX) haben mich der Frage nach dem sogen. hysterischen Fieber näher gebracht; wenn ich Sie m. H. gebeten habe diesen Dingen gleichfalls näher zu treten, so bin ich mir voll bewusst eines der schwierigsten, heikelsten, aber vielleicht ein doch interessantes Gebiet zu berühren, das sicher von praktisch grösster Bedeutung ist; wird die Temp.-Steigerung falsch gedeutet, so erwachsen uns Aerzten und natürlich auch unseren Kranken üble Folgen.

Am 5. Oktober 1906 wurde die A. Kruming, 23 a. n. aus der I. Chirurg. Abteilung in die meinige übergeführt. Sie war schon durch 8 Abteilungen hindurchgegangen. Zuerst in die gynäkologische Station, am 7. Juli 1906 aufgenommen, hatte man sie am 14. Juli der inneren Abteilung überwiesen, nachdem ein normaler gynäkologischer Befund notiert worden war. Hier hat sie vom 14. Juli bis 24. August 1906 gelegen; infolge des Befundes am Abdomen dachte man an eine „subakute Peritonitis", hervorgerufen durch Appendizitis, und führte die Kranke in die I. chirurgische Abteilung über, wo sie am 8. September operiert wurde. Man fand einen Appendix „der vereinzelte lebhaft injizierte Sero-„sagefässe zeigte; im Lumen fand sich hämorrhagisch-„gefärbter Schleim, nicht nur an der Basis, sondern „auch in der Mitte des Lumens; an dieser Stelle zeigte „die Schleimhaut besondere Succulenz und mehrfache „Blutpunkte; hier lag auch ein kleines, weiches, etwa „linsengrosses, entfärbtes Kotkonkrement; ein kleineres „fand sich mehr proximal im Schleim".

Sie sehen m. H. an der ersten Kurve, dass die Kranke in allen 4 Abteilungen gefiebert hat; dass sie auch nach der Operation fieberte, nachdem am Tage nach der Operation die Temp. auf 37,0 herabgegangen war, und sich den 2. Tag unter 37,0° gehalten hatte.

Wodurch war diese Erhöhung der Eigenwärme bedingt?

Schon in der I. Abteilung spielte in den diagnostischen Ueberlegungen die erhöhte Temp. eine Rolle. Man fand an den Lungen und dem Herzen nichts pathologisches, jedoch ein gespanntes Abdomen, eine besondere Druckempfindlichkeit im r. Hypogastrium und einen Lebertumor; es ist wohl notiert, dass Pat. recht wehleidig war, dass sie äusserst empfindlich sei und bei der Untersuchung fast unaufhörlich wimmere, doch war ihr nervöser Zustand ein solcher, dass er die Diagnose nicht direkt beeinflusste. Erst viel später, nachdem die Kranke das Krankenhaus verlassen und wieder aufgenommen worden war, trat ihr wahrer Charakter grell hervor. Der Verdacht einer „Peritonitis subacuta" in Folge einer Appendizitis veranlasste ihre Ueberführung in die I. chirurg. Abteilung. Auch hier waren die Ueberlegungen derartige, dass zu der Abtragung des Appendix geschritten wurde. Den Befund am Appendix, wie er im Krankenbogen notiert war, habe ich Ihnen

eben vorgelesen. Ich meine, ein solcher Befund ist nicht geeignet um fortdauerndes Fieber zu erzeugen; doch diese Frage kommt hier erst in zweiter Linie in Betracht: der Appendix war fort und die Pat. fieberte doch noch weiter; der entfernte Appendix konnte also nicht schuld sein am Fieber. Sonst war in seiner Nachbarschaft auch nichts gefunden worden. Die Wunde war primär vereinigt worden, und prima geheilt. Also musste der Grund für die erhöhte Temperatur anderswo zu suchen sein. Am 26. September gingen mehrere Ascariden ab, die erhöhte Temp. blieb unbeeinflusst, hielt sich subfebril, am Abend um 37,5, stieg gegen Ende September auf 37,8, 37,9, auch einmal 38,0; so wurde Pat. am 5. Oktober in die Nervenabteilung übergeführt. Ich konnte den Befund aus der I. Abteilung bestätigen; das Abdomen war sehr gespannt, die Ileocoecalgegend war besonders druckempfindlich; die Gegend der linearen Narbe speziell, und hier fand sich das Brodiesche Symptom; der „Lebertumor" war merkwürdig deutlich zu palpieren und die Dämpfung gab fast die gleiche Grenze, wie sie in der I. Abteil. konstatiert worden war — sie machte den Eindruck als ob der linke Leberlappen geschwollen und prominent sei. Dieser „Lebertumor" wäre vielleicht überhaupt nicht in den Bereich der Erwägungen hineingezogen worden, denn seine Grenzen stimmten zu einem linken Leberlappen, der etwas gross, aber nicht anormal zu sein brauchte, wenn er nicht eben prominent erschienen wäre, wenn bei gespannten Bauchdecken nicht der Eindruck vorhanden gewesen, als ob dieser Tumor an der Oberfläche uneben gewesen wäre. Ich habe Pat. auf diesen Befund hin und in Anbetracht ihres elenden Aussehens und ihres Vorlebens hin interkurrent Hg und J gegeben — diese Mittel änderten im Befund nichts, gaben keine Anhaltspunkte für die Diagnose. Doch wie gesagt, Pat. spannte. Ich benutzte eine gynäkologische Untersuchung — Pat. führte ihre Leiden trotz des normalen Befundes auf der gynäkologischen Abteilung selbst immer wieder auf ein Unterleibsleiden zurück — zur suggestiven Beeinflussung; die Kranke liess das Spannen sein, und ich konnte nun das Abdomen, das vollkommen weich geworden war, mit aller Leichtigkeit untersuchen; von einem Lebertumor war nichts mehr zu fühlen, der linke Leberlappen nicht mehr prominent und glatt; im ganzen Abdomen nichts abnormes zu fühlen, auch die Druckempfindlichkeit in der Ileocoecalgegend wesentlich geringer, als vorher. Auch an den übrigen Organen konnte ich keine Erklärung für die erhöhte Temp. finden. Am nervösen Apparat waren Ausfallserscheinungen nicht zu konstatieren. Pa Re = n; KPh = n; ophth. = n; GF = weit. Der Allgemeinzustand war aber ein schlechter, Pat. war blass; in der gynäkologischen Abteil. war ein Hämaglobingehalt des Blutes von 50% notiert worden, die mikroskopische Untersuchung des Blutes in der inneren Abteil. hatte keine Leukozytose ergeben, das Blutbild war ein normales gewesen. Psychisch war in der ersten Zeit nichts grob von der Norm Abweichendes zu bemerken. Pat. machte einen schwer leidenden Eindruck. Es trat aber von vornherein schon eine Logorrhoe zu Tage; sie konnte in schneller Sprechweise nicht genau genug und nicht ausführlich genug über ihren Zustand berichten „wenn sie einmal angefangen zu erzählen, höre sie auch nicht so bald auf", sind die Worte des Krankenbogen. — Sie gab an: unverheiratet zu sein, habe aber vor 5 Jahren einmal geboren, habe keine Aborte gehabt; die Menses seien früher regelmässig gewesen, einmal im Monat, 3—4 Tage, reichlich, mit Schmerzen. Vor 2 Jahren seien die Regeln zu richtiger Zeit, aber mit besonders starken Schmerzen aufgetreten und hätten 12 Tage gedauert; dabei sei heftiges Erbrechen und besonders starke Schmerzen in der rechten Seite vorhanden gewesen. Seit der Zeit träte die Regel in Pausen von 2—3 Monaten auf, Dauer 4—5 Tage, sei recht reichlich und mit starken Schmerzen verbunden. Sie habe nur mit einem Mann gelebt, derselbe sei vor einem Jahre gestorben, („beim Baden ertrunken"). Seitdem habe sie nicht mehr cohabitiert; der Cotus sei nach der Geburt stets schmerzhaft gewesen. Vor ½ Jahre sei sie während des Tragens von 2 Eimern Milch hingestürzt, sei gleich wieder aufgestanden, habe die Milch in den Keller getragen, und den Tag über noch weiter gearbeitet. Abends sei ihr aber schlecht geworden, sie habe sich zu Bett gelegt, und sei 4 Tage im Bett geblieben. Nach diesem Anfalle habe sie ihre Stelle aufgegeben, habe einen Monat arbeiten können, den andern wieder pausieren müssen. Im vorigen Sommer (1905) sei sie von einem Arzt in Kokenhusen behandelt worden; sie habe eine Temp. von 40° gehabt; nach seiner Medizin sei ihr besser geworden; die Besserung habe nur 1 Woche angehalten. Seitdem sei Pat. ohne Beschäftigung, und ganz arbeitsunfähig; sie sei fast immer zu Bett, habe schon in Dünaburg im Krankenhause gelegen und sei jetzt nach Riga gekommen und hier sei sie „schon in der 4. Abteilung"!!

Sie berichtet am Tage nach ihrer Aufnahme in die Nervenabteilung einen Anfall gehabt zu haben, in welchem sie sich nicht habe rühren können, „sie sei bei völligem Bewusstsein gewesen, habe Alles hören und sehen, aber kein Glied rühren können", es werde ihr öfters schlecht, sie werde übel, es schmerze ihr dabei der Hals, ein Knochen oder etwas Aehnliches sei ihr im Halse „vor", der drücke sie!"

Während der Erzählung ist auffallend eine lebhafte Beweglichkeit der Nasenflügel. Diese Bewegungen sind denjenigen bei Dyspnoe ähnlich, sind aber unregelmässig und nicht mit der Atmung isochron. Ausser der intensiven Druckempfindlichkeit des Abdomens und speziell der Ileocoecalgegend mit dem Brodieschen Symptom, ist eine Hyperästhesie noch am Sternum, am Ansatz der 3. Rippe und an den Schultergelenken zu konstatieren; wenn man auf das Sternum drückt, so schreit Pat. — Diese Druckempfindlichkeit ist einer von den Druckpunkten, über die Herr Dr. Hampeln in jüngster Zeit geschrieben.

Pat. lag anfangs zu Bett; sie war in der Abteilung nicht störend, machte einen wirklich kranken, schwer leidenden Eindruck; in der neuen Abteil. liess sie sich überreden mehr zu essen; aber die Betonung des Unterleibes trat immer wieder hervor; einmal wurden diese Vorstellungen aktuell; durch den suggestiven Einfluss einer Nachbarin wurden 2 Insassen desselben Zimmers auch „unterleibsleidend". Ich musste die Urheberin entlassen und die beiden Anderen trennen. Am 21. Okt. bittet Pat. sie auszuschreiben, sie müsse noch einmal operiert werden, sie leide an Fluor albus und wenn ihr der Unterleib schmerze, so schmerze ihr auch der ganze Leib. Sie könne aber jetzt kein Chloroform vertragen, jeder Geruch, Benzin etc. mache ihr Schmerzen. Am 24. Oktober wird zur Beruhigung dieser Idee Herr Dr. Keilmann nochmals in Anspruch genommen, der denselben normalen Befund hat; Pat. äussert in der Baracke, sie sei zur Ansicht gekommen Aerzte könnten ihr nicht helfen, sie wolle sich an eine Hebamme wenden. Sie lässt sich diesmal aber noch in Güte zur Ruhe bringen.

Dass es sich nach diesen Erscheinungen um eine Hysterica handelte, kann wohl nicht bezweifelt werden. In Bezug auf die Lokalsymptome wird in solchen Fällen die Diagnose: Pseudoperitonitis hysterica gebraucht. Die Therapie — kalte Douchen — brachten bald eine weitere Besserung zu Stande. Pat. fühlte sich schon nach den ersten Douchen soweit besser, dass

sie aufstand, arbeitete, in der Baracke half; sie nahm an Körpergewicht zu; mit 114 Pfund war sie eingetreten (7. Oktober 1906) und verliess die Baracke (4. Nov.) mit 124 Pf., nachdem sie am 28. Okt. schon 126 Pfund gewogen hatte; sie nahm somit in 3 Wochen um 12 Pfund zu.

Die Temp. war, wie Sie sahen in allen 4 Baracken erhöht gefunden worden; weil ich von Anfang an einen Verdacht auf Simulation hatte, bat ich die Oberin der Abteilung selbst die Temp. zu messen, wie Sie es an den Kurven notiert finden; anfangs wurde in der Achsel gemessen, später im Rektum — dann wechselnd, ich habe leider nicht gleichzeitig in der Achsel und im Rektum messen lassen — ich war damals ohne Assistenzarzt, musste alle 3 Baracken allein versehen und die Oberin hatte auch mehr zu tun, als gewöhnlich — ich habe im Drange der Arbeit nicht daran gedacht, was ich jetzt sehr bedaure. Sie sehen, meine Herren, dass die Temp. mit Aufbesserung des Allgemeinzustandes und der Körperzunahme allmählich fiel und normal wurde; ich meine vom 25. Oktober an dürfte man die Temp. als normal bezeichnen. Pat. fühlte sich auch wohl, behauptete gesund zu sein und bat um Entlassung. Der Befund war auch ein so gut wie normaler; der Leib war wenig druckempfindlich, die Druckpunkte am Sternum geschwunden. Ihr wurde vorgestellt, dass sie nur hoffen könne wirklich gesund zu bleiben, wenn die Besserung und Kräftigung noch weiter fortgeführt werde, sie noch zunehme und ihre Kräfte sich mehrten. Sie liess sich jedoch nicht halten, behauptete gesund zu sein, und wurde am 4. November 1906 mit dem Prädikat „gesund" entlassen. Die letzten Tage hatte Pat. geweint, sich erregt; sie wollte fort, ich wollte, dass sie bliebe, diese kleinen Aufregungen brachten eine geringe Temperaturerhöhung bis 37,2 in der Achsel gemessen und eine Abnahme des Körpergewichts um 2 Pfund zustande. Vorher im Rektum Temp. 37,0 – 37,1. Am Tage vor der Entlassung war die Abendtemperatur in der Achsel 36,5. Wie ich es vermutete hielt die Besserung nicht lange vor, am 15. Dezember 1906 kam Pat. wieder zur Annahme, sie hatte sich wieder an „Frauenärzte" gewandt. Es steht im Bogen als Résumé der Beobachtung „Pat. hat das Bild einer ethisch defekten Hysterica gezeigt; alles weiss sie besser, mit Allem und Jedem ist sie unzufrieden, alle Andern sind schuld, schimpft und zankt sich in ordinärster Weise mit anderen Kranken. Der Leib war vor einigen Tagen wieder „steif". Pat. äussert ihre Unzufriedenheit mit mir und mit den Aerzten überhaupt, sie wüssten nichts, sie müsse sich an einen Feldscher wenden; ich täte nichts, als sie nur unter die Douche zu schicken. Pat. wird, da sie die ganze Abteilung in Aufregung bringt, wegen ungebührlichen Betragens ausgeschrieben. (5. Januar 1907). Zur Entlassung kam es nicht, warum, ist im Bogen nicht notiert; ein 3. Bogen sagt, dass Pat. isoliert wurde; als Status ist dasselbe notiert wie im vorigen. Die Isolierung wirkte gut, so dass am 29. Januar 1907 Pat. „gebessert" entlassen werden konnte. Nach der Aufnahme am 15. Dezember ist für den 17. Dezember abends und 18. Dezember morgens eine Temp. von 39° notiert, von der Oberin gemessen. Morgens den 19. Dez. 37,6, dann fällt die Temp. und blieb bis zu den letzten Tagen, in denen Pat. zänkisch und erregt war, unter 37°, steigt dann wieder auf 37° und 37,7 an (3. und 4. Januar 1907). Gleich nach der Isolierung (5. Januar 1907) ist noch 38,7 notiert. Vor der Periode steigt die Temp. auf 39,5 an, um dann unter 37,0° zu fallen, und zu bleiben. Es macht den Eindruck, als ob die psychische Erregung mit Zanken und Schreien die Temp. ansteigen liess.

Wie ist in diesem Falle die Temperatursteigerung aufzufassen? Die erste Frage, sind die Temp. gefälscht? Sie sahen, dass ich von Anfang an dafür sorgte, dass nach den zu Gebote stehenden Mitteln, Fälschung ausgeschlossen wurde. Ich liess die Oberin der Abteilung selbst messen, und die Temperaturkurve zeigt keine wesentliche Abweichung von den Temp.-Messungen in den anderen Abteilungen. Es müsste eine schon sehr raffinierte Persönlichkeit gewesen sein, die in gleicher Weise alle Hilfskräfte von 4 Abteil. hinterging. Meine Oberin hat während jeder Messung am Bette gesessen und die Kranke scharf kontrolliert. Dass Pat. bei späteren Erregungen wieder erhöhte Temp. zeigte, die gleichfalls von der Oberin gemessen worden sind, zeigt Ihnen die Kurve.

Gewiss ist die Forderung von Strümpell die einzig richtige, selbst zu messen; erst nach Abschluss der Beobachtung, nachdem der ethisch so niedrig stehende Charakter der Kranken deutlicher hervortrat, wäre ich sehr froh gewesen, wenn ich einige mal selbst gemessen hätte. Die Ratsherrn sind ja immer klüger, wenn sie vom Rathause kommen. Ich vertraute und vertraue meiner Oberin.

Die Voraussetzungen, die ich hatte, die ich mir an anderen Kranken gebildet hatte, gingen in Erfüllung. Die Temp. liess nach: bei Hebung des Allgemeinzustandes, isochron mit der Körperzunahme und der psychischen Beruhigung.

Die Messung durch den Arzt steht also aus; ich zeige Ihnen m. Herren, später eine Kurve, die ganz ähnliche liche Verhältnisse darbietet. Hier habe ich zur Kontrolle etliche Mal selbst gemessen. Können wir uns nicht aber doch auch ohne die Strümpellsche Forderung ein Urteil über die vorliegenden Verhältnisse bilden? — Wenn Sie sich die Kurve selbst ansehen wollen — Sie sehen subfebrile Temp. die Abends wechseln, nie bis auf die Zehntel genau mehrere Tage nach einander übereinstimmen. Dieses ist zu beachten!

Die zweite Kurve stammt von einem kleinen Pat. aus der Praxis eines mir befreundeten Kollegen, dem ich auch hier für die Ueberweisung dieser Beobachtung besten Dank sage; der 12 Jahre alte Pat. hatte während eines Jahres alle Temp. gefälscht. Sie sehen hier Ausschnitte aus der langen, über 1 Jahr berichtenden Kurve (die ich Ihnen herumreiche). Diese zeigen Ihnen Perioden, in denen für die Abendtemp. genau dieselben Zahlen notiert waren. Diese Eigentümlichkeit veranlasste mich, schon ehe ich den Kranken selbst gesehen hatte, an Simulation zu glauben. Der kleine Mann war schon vor Jahren „an einem ähnlichen Zustand leidend" gewesen. Nach einer Lungenentzündung hatte er, aus dem Arzt unbegreiflichen Gründen, noch lange „gefiebert". Als man ihn aufs Land schickte, wo er allein, ohne Eltern, sich frei dem Landleben hingeben konnte, verloren sich die Temp. Im Frühjahr 1905 hatte er über Schmerzen im Leibe geklagt, man hatte ihm den Wurmfortsatz fortgeschnitten, aber seine Schmerzen im Leibe hörten nicht auf, im Gegenteil, es gesellten sich noch Schmerzen im Rücken dazu, so dass chirurgischerseits an die Möglichkeit einer Spondylitis tuberculosa gedacht wurde. Blutarmut bei älteren Geschwistern ist in der Familie vorhanden. Es gesellten sich noch höhere Temp. zum Krankheitsbilde hinzu, so dass der Verdacht einer occulten Tuberkulose ein noch grösserer wurde. Pat. lag zu Bett und fieberte stetig hoch. Zu Weihnachten, eine Woche vorher, und eine Woche nachher, hatte Pat. aber keine Temperatursteigerung. Ausserdem sank das Körpergewicht nicht, im Gegenteil Pat. hielt sich körperlich gut, trotzdem er schon, als ich ihn am 1. April 1906 zum ersten Mal sah, mehr als ein Jahr zu Bett gelegen und fast ein Jahr lang gefiebert hatte. Der Kollege war natürlich durch die Ueberlegungen mit den chirurgischen Kollegen

und durch das Vertrauen, das er in die Mutter des Kranken, die die Temp. notierte setzte, dazu verführt den Gedanken an eine latente Tuberkulose nicht fallen zu lassen.

Die Mutter hat täglich selbst die Ablesung der Temp. am Thermometer gemacht, der Junge hat das Thermometer in die Hand bekommen und 10 Min. dasselbe in der Leistenbeuge liegen lassen. Wie er die Quecksilbersäule in die Höhe getrieben, kann ich auch nicht sagen. Ich habe ihn mehrere Mal sehr intensiv unter 4 Augen examiniert, aber nichts aus ihm herausbringen können, und die Mutter glaubt heute noch nicht an einen Betrug. Wie dem auch sei, am Tage als ich Pat. sah, war eine Stunde vor der Untersuchung die Temp. gemessen worden, es war notiert worden 39,7, und als ich selbst die Temp. im Mastdarm kontrollierte, betrug sie nur 37,0. In den nächsten Tagen hat der Kollege immer nur selbst gemessen, und die Temperaturen blieben niedrig. Die Untersuchung ergab einen Jungen mit hysterischem Gang und negativem Organbefund, speziell am Abdomen und an der Wirbelsäule. Ich liess den kleinen Mann aufstehen, nach einer Woche fuhr er Veloziped und nach 14 Tagen oder 3 Wochen ging er in die Schule und ist bis heute gesund geblieben.

(Schluss folgt.)

Auszug aus den Protokollen der Gesellschaft praktischer Aerzte zu Libau.

Sitzung vom 11. Januar 1907.

1. Brehm demonstriert ein sehr grosses, stark ulzeriertes Mammakarzinom vom Charakter eines Skirrhus. Dasselbe hatte ausgedehnte Drüsenmetastasen, aber keine Infiltration gemacht; die Drüsen waren im Fett frei suspendiert, so dass sie sich gut extirpieren liessen. Da ausserdem keine Supraklavikulardrüsen vorhanden waren, ist die Prognose relativ günstig. Eine Indikation zur Operation war schon in den starken Ulcerationen mit ihren unangenehmen Folgeerscheinungen gegeben.

2. Christiani demonstriert ein Vulvakarzinom, das seiner Meinung nach von der Clitoris ausgegangen ist. An dieser Stelle fand sich ein kraterförmiges, auf die Labia minora übergreifendes Geschwür; der Tumor war gestielt und es konnte nach allen Seiten im Gesunden operiert werden. Aus technischen Gründen konnten aber die Inguinaldrüsen nicht mitentfernt werden. Die Prognose der Clitoriskarzinome ist eine sehr schlechte. So entfernte er im Sommer bei einer jungen graviden Frau ein derartiges Karzinom von Nussgrösse zugleich mit den Inguinaldrüsen, nach 6 Monaten fand sich bereits ein Rezidiv im Fett des mons veneris ein.

Im Anschluss hieran referiert Christiani über noch einen Fall von malignem Tumor. Es handelt sich um eine alte Frau von 65 Jahren, die im Klimakterium verdächtige Blutungen hatte. Die Untersuchung ergab einen vergrösserten, weichen Uterus, dessen Höhle durch Austastung und Ausschabung für absolut gesund befunden wurde. Da eine maligne Degeneration der verdickten Wand angenommen werden musste, führte er die Totalextirpation aus. Es erwies sich auch makroskopisch, dass die Wand von sarkomatös entarteten Myomknoten durchsetzt war. Eine mikroskopische Diagnose steht noch aus. Dieser Fall beweist wieder, wie man bei Blutungen im Klimakterium stets an maligne Tumoren denken müsse.

3. Ischreyt demonstriert mikroskopische Präparate von einem Fall von intraskleraler Zyste. Dieselbe war infolge einer perforierenden Verletzung der Corneo-Sklera an dem Auge eines Arbeiters entstanden. Klinisch bot die Zyste das Bild einer Ektasie der Ciliargegend von 8:16 mm Umfang. Mikroskopisch findet sich an dieser Stelle eine Spaltung der Sklera in 2 Blätter, die einen mit Plattenepithel ausgekleideten Hohlraum einschliessen. Die Riffelung der Epitelzellen weist darauf hin, dass sie von der Corneafläche stammen. Intrasklerale Zysten sind bisher nur in wenigen Fällen beobachtet; eine mikroskopische Untersuchung des ganzen Auges konnte bisher nur 2 Mal vorgenommen werden. (Eine ausführliche Beschreibung dieses interessanten Falles ist in der Folgezeit in den klin. Mon. f. Aug. XLV. Jahrg. 1907. Januar erschienen).

(Autoreferat).

4. Siebert demonstriert einen Fall von Psychose nach Schädelfractur mit Ausgang in Genesung.

Peter A., 32 Jahre alt, Arbeiter, früher immer gesund gewesen, hat mässig getrunken. Anfang September 1906 fiel er von einer Treppe auf den Kopf und zwar auf die rechte Scheitelgegend, blieb besinnungslos liegen und wurde in diesem Zustande ins Krankenhaus gebracht, woselbst von Dr. Grot eine Schädelfraktur konstatiert wurde (Blutungen aus dem rechten Ohr, Pulsverlangsamung). Nachdem Pat. ca. 1 Tag besinnungslos gelegen hatte, kehrte die Besinnung wieder, doch war der Kranke völlig aphatisch, welcher Zustand mehrere Tage dauerte. Während dieser Zeit, war der Kranke sehr unruhig, in beständiger Erregung, so dass er in die städtische Irrenanstalt gebracht werden musste. Inzwischen hatte sich die Sprache wieder vollkommen eingestellt.

Peter A. ist von kräftiger Konstitution, in den inneren Organen nichts Krankhaftes nachweisbar, Puls und Temperatur normal. Die Pupillen sind eng und reagieren kaum auf Licht, im rechten äusseren Gehörgang ist noch eingetrocknetes Blut bemerkbar, ebenso Sugillationen in der Gegend des rechten Kiefergelenkes. In der Muskulatur des Gesichtes und der Extremitäten keine Veränderung, keine Lähmung zu konstatieren, Kniephänomen gesteigert. An der Sprache nichts Pathologisches zu finden, im Redefluss fehlen keine Worte. Pat. ist ganz verwirrt, er weiss nicht, wo er sich befindet erkennt nicht seine Umgebung, ist mässig unruhig, läuft im Koridor hin und her, muss zuweilen gefüttert werden, isst aber reinlich, und schläft leidlich nach leichten Schlafmitteln (Brom, Veronal). Hallucinationen nicht nachweisbar, er klagt über Kopfschmerzen in der rechten Schädelgegend. Nach ca. 1 Monat ist der Kranke klarer, er ist orientiert über seine Umgebung, erkennt schon seine Angehörigen, doch sind noch namhafte Gedächtnisausfälle zu beobachten. Das Erinnerungsvermögen für Geschehnisse der letzten Jahre hat sehr gelitten, ist stellweise ganz ausgelöscht. Er behauptet vor dem Unfalle in einer Fabrik gearbeitet zu haben, in der er in der Tat vor einigen Jahren gearbeitet hatte, während er vollkommen vergessen hat, dass er in der Zwischenzeit in einer anderen Fabrik und später als Hafenarbeiter gearbeitet hat. Die Familienereignisse der letzten Jahre sind seinem Gedächtnis entschwunden, während er für die aus früheren Jahren ziemlich gutes Erinnerungsvermögen hat. Es giebt Tage an welchen der Kranke noch etwas verwirrt ist, doch verschwindet auch dieser Zustand im Laufe von einigen Wochen. Zu gleicher Zeit bessert sich auch das Gedächtnis, er kann wieder Rechenschaft abgeben über die Geschehnisse der letzten Jahre, bekommt Interesse für die Arbeiten in der Anstalt, ist den Wärtern behülflich bei der Ausübung ihrer Obliegenheiten und fühlt sich ganz wohl. Die Kopfschmerzen verlieren sich unter Gebrauch von J. K. und Br. K., die Pupillen sind noch eng, doch reagieren dieselben auf Licht und kann der Kranke als gesund und arbeitsfähig entlassen werden, was sehr erfreulich ist, da ein grosser Teil von Psychosen nach schweren Schädelverletzungen einen ungünstigen Verlauf nehmen.

(Autoreferat).

Friedberg wurde vor 7 Jahren zu einem Schüler gerufen, der eine Treppe hinabgestürzt war. Aus der Nase und dem linken Ohr waren Blutungen erfolgt. Es wurde Basisfraktur konstatiert. Vier Tage lang floss aus dem rechten Ohr Liquor cerebri in grosser Menge. Nach seiner Genesung konnte der Patient seine Studien wegen Abnahme der geistigen Fähigkeiten nicht mehr weiter fortsetzen. Nach Aussage der Eltern ist er nun plötzlich an einer Gehirnentzündung erkrankt und daran gestorben.

Brehm erklärt den schlimmen Ausgang damit, dass die Basisfraktur nicht ganz ausgeheilt gewesen sei; wahrscheinlich hätte sich an die Fraktur des Felsenbeines, resp. Labyrinths eine chron. Eiterung geschlossen, die schliesslich zur Meningitis führte.

6. Christiani hält seinen angekündigten Vortrag über die «Eigenschaften und Herstellung der Kindermilch».

An der Diskussion beteiligten sich besonders: v. Rautenfeld, Goldberg, Siebert, Zoepffel und Christiani.

Präses: Prissmann.
Sekretär: Ischreyt.

Tagesnachrichten.

Personalia.

— Goldene Jubiläen. Der bekannte Psychiater Prof. Dr. Franz Meschede in Königsberg kann auf eine 50-jährige ärztliche Tätigkeit zurückblicken. Trotzdem er im September d. J. sein 75. Lebensjahr vollendet hat, ist er noch an der Königsberger Universität als Dozent tätig.

In Berlin beging vor kurzem der berühmte Chemiker, Prof. ord. der dortigen Universität Dr. Hans Landolt, sein 50-jähriges Professorjubiläum. Der Jubilar, der im nächsten Monat sein 76. Lebensjahr erreicht, hat sich schon vor mehreren Jahren von seiner Lehrtätigkeit zurückgezogen.

— Ordensverleihung. Dem Bezirksarzt des Transamur-Grenzwachebezirks, wirkl. Staatsrat Dr. Sergius Georgisohn, ist für ausgezeichnet eifrigen Dienst und Mühewaltung während des letzten Krieges mit Japan der St. Wladimirorden IV. Klasse verliehen worden.

— Der Oberarzt der Michael-Artillerieschule Dr. Mitropolski ist für Auszeichnung im Dienst zum wirklichen Staatsrat befördert worden.

— Der Korpsarzt des V. Armeekorps, wirkl. Staatsrat Dr. Maximowitsch, ist zum Militär-Medizinalinspektor des Moskauer Militärbezirks ernannt worden. Zu seinem Nachfolger als Korpsarzt ist der bisherige Konsultant des St. Petersb. Nikolai-Militärhospitals, wirkl. Staatsrat Dr. Sklifassowski, ernannt worden.

— Der Gouvernements-Medizinalinspektor von Olonez Dr. Kanski ist auf den entsprechenden Posten in Ssamara übergeführt worden.

— Zum Arzt des Dorpater Veterinärinstituts ist an Stelle des verstorbenen Dr. Ströhmberg der Dr. Riemschneider gewählt worden.

— Mit den Funktionen des Windauschen Kreisarztes ist nach dem Tode Dr. Waldhauers interimistisch der Windausche Stadtarzt Dr. Feitelberg betraut worden.

— Am 15. Oktober feierte der Oberarzt des Gouvernements-Landschaftshospitals in Orel Dr. Wladimir Tschebotarew das 25-jährige Jubiläum seiner ärztlichen Tätigkeit.

— Am 11. November vollenden sich 25 Jahre seit der Gründung der Institution der Dumaärzte in St. Petersburg. Von den gegenwärtigen 25 Dumaärzten stehen 6 vom Tage der Gründung an im Dienste. Es sind die Aerzte J. Silberberg und S. Triwus sowie die Aerztinnen E. Wolfsohn, E. Wassiljewa, E. Ssacharowa und E. Schmehmann.

— Der ausserordentliche Professor für Syphilis und Hautkrankheiten an der Universität Graz Dr. K. Kreiblich ist als ausserordentlicher Professor für diese Fächer an die deutsche Universität Prag übergeführt worden.

— Der Leibmedikus Dr. Leo Berthenson, welcher ernstlich erkrankt war, befindet sich bereits in der Besserung.

Nekrologe:

— Verstorben sind: 1) Am 14. Oktober in Windau der dortige Kreisarzt, Staatsrat Dr. Ferdinand Waldhauer, im 55. Lebensjahre. Zu Kirchheim (Livland) als Sohn des bekannten Augenarztes und späteren langjährigen Direktors der Reimersschen Augenklinik in Riga Karl Waldhauer geboren, erhielt er seine Schulbildung in Riga und bezog dann die Landesuniversität in Dorpat, wo er von 1872—78 Medizin studierte und der Korporation «Curonia» angehörte. Nach Erlangung der Doktorwürde im Mai 1879 ging er zur weiteren Ausbildung nach Prag und liess sich dann im Herbst 1879 als praktischer Arzt in Windau nieder, wo er bald darauf auch als Kreisarzt angestellt wurde. In den letzten Jahren fungierte er auch als Ehrenfriedensrichter des Windau-Goldingschen Bezirks. Wie als Student, so genoss er auch in seinem späteren Leben als Arzt und Mensch viel Liebe und Freundschaft; die Zuverlässigkeit seines Wesens und sein gediegenes medizinisches Wissen erwarben ihm die Zuneigung und Achtung aller derer, die mit ihm in Beziehung traten. Das bewies auch der Tag seiner Beerdigung, an der fast alle Einwohner der Stadt ohne Unterschied des Standes und der Nationalität teilnahmen. 2) Am 10. Oktober im Flecken Beschenkowitschi (Gouv. Witebsk) der dortige Arzt S. Meckler, welcher sich erst vor einem halben Jahre dort niedergelassen hatte. Er wurde, wie wir bereits meldeten, auf dem Wege zur Patientin von dem wahrscheinlich psychisch nicht normalen Sohn derselben ermordet. 3) In Warschau der freipraktizierende Arzt Jakob Gutwein im Alter von 61 Jahren nach 37-jähriger ärztl. Tätigkeit. 4) In Moskau der Polizeiarzt, Staatsrat Dr. Michael Remisow, im 53. Lebensjahre. Die Venia practicandi hatte er i. J. 1878 erlangt. 5) In Würzburg am 16./29. Oktober der Privatdozent der Geburtshülfe und Gynäkologie Prof. Dr. Wilhelm Nieberding im Alter von 57 Jahren nach mehr als 30-jähriger praktischer und akademischer Tätigkeit. Er war zugleich Direktor und Professor an der Hebammenschule. 6) In Karlsbad der dortige Kurarzt Dr. Engel im Alter von 63 Jahren an einem Herzleiden. In früheren Jahren war der Verstorbene viele Jahre der Führer der Jungtschechen im österreichischen Reichsrate, trat aber, als diese Partei den Weg der Obstruktion betrat, als Obmann des Jungtschechenklubs und damit auch vom politischen Leben zurück und liess sich als Kurarzt in Karlsbad nieder.

Von Universitäten und med. Instituten.

— Das neue Petersburger psychoneurologische Institut Prof. Bechterews wird in der ersten Hälfte des Novembermonats eröffnet werden. Für das Institut sind durch private Spenden bereits 600,000 Rbl. aufgebracht worden. Die Vorlesungen werden bis zur Beschaffung eines eigenen Lokals im Pirogow-Museum bei der militär-medizinischen Akademie stattfinden.

— Vakanz. An den höheren weiblichen Kursen in Moskau ist in der neuen medizinischen Abteilung das Amt eines Dozenten für den praktischen Kursus der normalen Anatomie erledigt. Diesem Dozenten können auch Teile der theoretischen Vorlesungen über normale Anatomie in der medizinischen Abteilung, sowie die Vorlesungen über normale Anatomie in der physiko-mathematischen Abteilung der genannten Kurse übertragen werden. Der Dozent ist vollberechtigtes Glied der medizinischen Abteilung und des Konseils der Kurse. Das Honorar beträgt je nach Massgabe der übernommenen Verpflichtungen 1500 bis höchstens 2300 Rbl. jährlich. Schriftliche Gesuche sind an den Dekan der medizinischen Abteilung der höheren weiblichen Kurse in Moskau zu adressieren.

— Die neukreierte medizinische Abteilung bei den höheren weiblichen Kursen in Kiew ist am 23. September eröffnet worden. Von den mehr als 1000 Aspirantinnen haben 563 (313 im I. und 250 im II. Kursus) Aufnahme gefunden, obschon nach der Berechnung des pädagogischen Konseils eigentlich nur für 350 Personen Platz vorhanden ist. Die Mittel der neuen Abteilung sind äusserst beschränkt, es fehlen noch das Anatomicum, ausreichende wisssenschaftliche Kabinette und Laboratorien und eine staatliche Subvention ist nicht in Aussicht gestellt. Dazu kommt noch, dass die Zöglinge keinerlei Sonderrechte geniessen und nach Absolvierung des Kursus und bestandenen Schlussprüfung vom pädagogischen Konseil nur ein Zeugnis erhalten, welches weder zur Führung des ärztlichen Titels noch zur Ausübung der ärztlichen Praxis berechtigt. Unter solchen Umständen gehörte in der Tat Mut dazu, eine medizinische Lehranstalt, die doch nur bei ausreichenden Mitteln leistungsfähig sein kann, ins Leben zu rufen. Präses des pädagogischen Konseils dieser neuen medizinischen Abteilung ist der frühere Dorpater, gegenwärtig Kiewer Professor der Geburtshülfe und Gynäkologie Dr. Alexander Muratow.

Standesangelegenheiten.

— Eine ungewöhnliche Doktorpromotion. An der Wiener Universität fand in diesen Tagen die Promotion des ehemaligen Präsidenten des Abgeordnetenhauses Grafen Moritz Vetter von der Lilie zum Doktor der gesamten Heilkunde statt. Dr. Graf Vetter hatte seine medizinischen Studien mit seltenem Eifer durchgemacht, nachdem er lange vorher bereits in hervorragender Stellung in einer wichtigen Zeit des Staatslebens als Präsident des österreichischen Abgeordnetenhauses gewirkt hatte. Er steht gegenwärtig im 51. Lebensjahre.

— Die Legalisation der Estländischen Aerztlichen Gesellschaft zu Reval ist neuerdings durch die Behörde für Vereinsangelegenheiten erfolgt.

— In Batum wurde Dr. Popow wegen Teilnahme an dem bewaffneten Aufstande im Jahre 1905 von der Gerichtspalate zur Gefängnisshaft von einem Jahr verurteilt.

— Der Student der militär-medizinischen Akademie A. Perenson, der mit 5 anderen Personen wegen Zugehörigkeit zur sozialrevolutionären Partei des Kronstädter Rayons zur Verantwortung gezogen wurde, ist von der besonderen Delegation der Petersburger Gerichtspalate zur Festungshaft von drei Jahren verurteilt worden.

— Im Warschauer Hospital «Zum heiligen Geist», in welchem die therapeutische und die chirurgische Universitätsklinik sich befinden, ist eine polizeiliche Haussuchung vorgenommen worden, welche die Verhaftung der Ordinatoren Dr. Puritz und Dr. Borzimowski sowie von 4 Krankenwärtern zur Folge hatte.

— In Bendin (Gouv. Petrikau) ist der Arzt des dortigen Alexanderhospitals Dr. Weinzieher arretiert worden.

— Ein italienischer Professor der Medizin als Büchermarder. Der frühere Professor der Medizin und Direktor der Universitätsklinik in Genua Dr. Oddi war angeklagt, aus einem Kloster bei Perugia ein kostbares, mit Miniaturen geschmücktes mittelalterliches Chorbuch entwendet und verkauft zu haben. Als der mit ihm befreundete Bibliothekar des Klosters plötzlich starb, nahm Oddi an, es werde sich nichts Schriftliches über die freundschaftliche Verleihung finden und verkaufte das Buch für 5000 Franken an einen Pariser Kunsthändler. Die Sache wurde aber doch ruchbar und Oddi kam vor das Schwurgericht in Perugia, das ihn zu 9 Monaten Gefängnis verurteilte. Es nahm dabei auf Grund medizinischer Gutachten an, dass Oddi infolge übermässigen Morphiumgebrauchs nicht im Besitz der vollen Zurechnungsfähigkeit sei.

Verschiedene Mitteilungen.

— Eine grosse Spende für Kinderkolonien Dr. Alfred Pilatzki, Oberarzt der St. Petersburger Grenzwachebrigade, hat der Kommission für Kinderheilkolonien bei der Gesellschaft zur Wahrung der Volksgesundheit ein Kapital im Betrage von 30,600 Rbl. in Wertpapieren gespendet. Es sollen die Zinsen von diesem Kapital zur Bildung von 26 Stipendien für arme Kinder verwandt werden, die in den Kolonien der Gesellschaft zur Wahrung der Volksgesundheit verpflegt werden.

— Säuglingsernährung in Krankenhäusern. Die Deputation für die Berliner Krankenanstalten und öffentliche Gesundheitspflege hat beschlossen, in allen städtischen Krankenanstalten Berlins Ammen nach Bedarf anzustellen. Der Versuch, welcher in den letzten Sommermonaten im städtischen Krankenhause am Urban mit Ammen bei Kindern mit Brechdurchfall gemacht worden ist, hat sich selbst in den schwersten Fällen ausgezeichnet bewährt.

— Die Lepra in Russland. Nach Dr. W. Mamonows Berechnung sind in Russland mehr als 4500 Lepröse registriert. Am stärksten ist die Lepra in den Ostseeprovinzen verbreitet, wo auf 100,000 Einwohner 60 Leprõse entfallen.

— Der bekannte Polarfahrer Dr. Charcot, der von Hause aus Arzt ist, will, wie aus Paris gemeldet wird, eine neue Expedition zum Südpol antreten. Die Expedition, von der sich der Forscher grosse Resultate verspricht, wird 800,000 Francs kosten und soll im Jahre 1910 beendet sein.

Epidemiologisches.

— Die Choleraepidemie, welche in wenigen Monaten sich über ein grosses Gebiet des Russischen Reiches ausgebreitet hatte, ist infolge der eingetretenen kühlen Witterung allenthalben in starker Abnahme begriffen, ja in einzelnen Orten, in welchen sie gerade zuerst auftrat, wie Saratow, ist sie bereits als erloschen anzusehen. Im ganzen sind vom Beginn der Epidemie im Julimonat bis zum 16. Oktober in Russland 10,106 Erkrankungen und 4772 Todesfälle registriert worden. Am ärgsten hat die Epidemie in der Stadt Astrachan und Umgebung gehaust, wo 2044 Erkrankungen und 1163 Todesfälle bis zum 16. Oktober konstatiert wurden, nächstdem in der Stadt Kiew, wo sie von Hause aus so heftig auftrat, dass in 6 Wochen 1020 Erkrankungen und 229 Todesfälle gemeldet wurden. In Kiew ist auch der betrübende Fall vorgekommen, dass im dortigen Kinderasyl (Krippe) eine von den 10 Ammen an der Cholera erkrankte und infolge Ausserachtlassung der notwendigen Vorsichtsmassregeln 40 Säuglinge infiziert wurden und 15 an der Cholera verstarben. Der Sanitätsarzt hatte nach Erkrankung der Amme die Desinfizierung der Brüste sämmtlicher Ammen angeordnet, seine Anordnung war aber nicht ausgeführt worden.

Bf.

— Die Gesamtzahl der Kranken in den Zivilhospitälern St. Petersburgs betrug am 20. Okt. d. J. 11725 (20 mehr als in der Vorwoche), darunter 788 Typhus — (16 mehr), 997 Syphilis — (23 wen.), 354 Scharlach — (6 mehr), 265 Diphtherie — (18 mehr), 62 Masern — (7 mehr), und 4 Pockenkranke — (0 wen. als in der Vorw.).

— Die Gesamtzahl der Sterbefälle in St. Petersburg betrug in der Woche vom 14. bis zum 20. Okt. d. J. im ganzen 715 (407 M., 308 W.), darunter an folgenden Krankheiten:

Typhus exanth. 0, Typhus abdom. 19, Febris recurrens 3, Typhus ohne Bestimmung der Form 0, Pocken 0, Masern 13, Scharlach 28, Diphtherie 19, Croup 0, Keuchhusten 14, Kroupöse Lungenentzündung 21, Erysipelas 2, Grippe 6, Katarrhalische Lungenentzündung 66, Ruhr 2, Epidemische Meningitis 0, Akuter Gelenkrheumatismus 0, Parotitis epidemica 0, andre Krankheiten 231, Anthrax 0, Hydrophobie 0, Puerperalfieber 3, Pyämie und Septicaemie 12, Tuberkulose der Lungen 90, Tuberkulose anderer Organe 22, Alkoholismus und Delirium tremens 11, Lebensschwäche und Atrophia infantum 56, Marasmus senilis 28, Krankheiten des Verdauungskanals 78, Totgeborene 46.

✦ Nächste Sitzung des Vereins St. Petersb. Aerzte: Dienstag, d. 13. Nov. 1907.

Tagesordnung: Fuhrmann: Ueber fieberhafte Darmerkrankungen der ersten Lebenstage.

Entgegennahme der Mitgliedsbeiträge.

✦ Nächste Sitzung des Deutschen ärztlichen Vereins: Montag, d. 19. Nov. 1907.

Tagesordnung: Zeidler: Zur Kasuistik der Erkrankungen der Gallenwege.

Herausgeber Dr. Rudolf Wanach. Buchdruckerei v. A. Wienecke Katharinenhofer Pr. № 15.

XXXII. JAHRGANG. ST. PETERSBURGER Neue Folge XXIV. Jahrg.

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Redaktion von

Prof. Dr. Karl Dehio. Dorpat.
Dr. Johannes Krannhals. Riga.
Dr. Rudolf Wanach. St. Petersburg.

Die „St. Petersburger Medizinische Wochenschrift" erscheint jeden Sonnabend.—Der Abonnementspreis ist in Russland 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr inkl. Postzustellung; in den anderen Ländern 20 Mark jährlich, 10 Mark halbjährlich. Der Insertionspreis für die 3mal gespaltene Zeile in Petit ist 20 Kop. oder 45 Pfen.—Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt. - Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.

Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate bittet man ausschliesslich an die Buchhandlung von K. L. Ricker in St. Petersburg, Newsky-Prospekt № 14, zu richten. — Manuskripte sowie alle auf die Redaktion bezüglichen Mitteilungen bittet man an den geschäftsführenden Redakteur Dr. R. Wanach in St. Petersburg, Petersb. Seite, Alexandrowski Pr. 6 zu richten. Sprechst. Dienstag, Donnerstag und Sonnabend 5—6.

№ 43 St. Petersburg, den 27. Oktober (9. November). 1907.

Ueber sogen. «hysterisches Fieber».

Vortrag, gehalten auf dem livl. Aerztetag in Dorpat 1907.

Von

Dr. Eduard Schwarz.

Dirigirendem Arzt der Abteilung für Nervenkranke des Rigaschen Stadtkrankenhauses.

(Schluss.)

Die Eigentümlichkeit der Kurve an diesem kleinen Simulanten, meine ich, wird sicher nicht für alle Fälle charakteristisch sein, doch bei so langer Dauer der Simulation dürfte diese Erscheinung doch öfter wiederkehren und zu beachten sein; in so exquisiter Weise habe ich sie nie früher gesehen.

Diese Eigentümlichkeit fehlt also bei der ersten Kranken; auch sonst habe ich trotz ihres exquisit hysterischen Gebahrens nicht den Eindruck gehabt, dass Pat. am Kranksein etwas lag; sie wollte wieder gesund werden; dieses zeigte sich deutlich; als sie sich wohler fühlte, wollte sie das Krankenhaus verlassen, und verlangte die Entlassung.

Simulation von Temp. kommt in einer so grossen Abteilung, wie sie das Rigasche Krankenhaus besitzt, oft vor. Doch nach der früheren Erfahrung, nach den Vorsichtsmassregeln, denen ich vertraute, nach dem therapeutischen Erfolge, den ich erwartete, möchte ich hier an Fälschung nicht glauben. Warum ist denn der Abfall der Temp. nur ein allmälicher gewesen? sollten die Temperaturen falsche gewesen sein, und die Oberin der Abteilung doch betrogen worden sein, so müsste die Simulation der Kranken eine so raffinierte sein, dass man ihr solches wohl kaum zutrauen darf. Ausserdem spricht wohl der Puls auch gegen Simulation, er ist der Temp. entsprechend hoch. In meiner Abteilung war er besonders hoch, was wohl die lange Dauer des Krankseins und das schlechte Allgemeinbefinden erklärlich macht.

Hat aber das Fieber nicht einen anderen occulten, latenten Grund gehabt? Wir können uns nur an das halten, was wir finden. In allen Abteilungen ist der Befund ein negativer gewesen! Dass eine latente Tuberkulose mit im Spiel gewesen, ist nicht von der Hand zu weisen; auch eine Tuberkulöse kann hysterisch sein und ihren Allgemeinzustand durch kalte Douchen aufbessern. Doch das Gesammtbild, das immer den Ausschlag giebt, die ganze Färbung, die Konstellation und Gruppierung der einzelnen Symptome geben dem Symptomenbilde etwas Charakteristisches, das wohl kaum täuscht — somit ist es nicht unwahrscheinlich, dass es sich bei dieser kranken Hysterica um eine nervöse Hyperthermie gehandelt hat; ist doch von den französischen Autoren kein geringerer als Dejerine der Ansicht, dass junge reizbare Individuen nach jeder Aufregung von Temperatursteigerung befallen werden können. Ob es sich schliesslich doch um eine latente Tuberkulose gehandelt hat könnte nur eine weitere Beobachtung lehren; die steht aus.

In der dritten Kurve sehen Sie, m. Herren, die Temperaturen einer jungen Dame, die ich im Jahre 1887 zu sehen Gelegenheit hatte, und die ich seitdem nicht aus den Augen verloren habe, bei der die spätere Beobachtung also nicht fehlt. Pat. ist seit damals vollkommen gesund; dass bei ihr also damals eine latente Tu-

berkulose oder sonst fiebererzeugende Erkrankungen schlummerten, die man damals nicht erkennen konnte, ist durch die weitere Beobachtung und Erfahrung zum mindesten unwahrscheinlich, wenn nicht ausgeschlossen. Dass eine Heilung der die Hyperthermie erzeugenden Erkrankung zu Stande kam, ist ja möglich und wird immer gegen die Anschauung, es habe sich um eine Hyperthermia nervosa gehandelt, ins Feld geführt werden können; doch auch nur als Mutmassung. Aber hören Sie selbst.

Am 16. April 1887 erhielt ich von den Herrn Kollegen, die die Kranke damals behandelten über das Frl. J. S. 21 Jahre alt folgende Anamnese: Im Januar 1885 habe Pat. während einer Schlittenfahrt einen starken Stoss durch einen ihr entgegenfahrenden Schlitten gegen die linke Hüfte erhalten; sie habe ihre Fahrt beendet, ohne dass ihr objektiv etwas besonderes anzumerken gewesen sei. Nach Hause zurückgekehrt habe sie über Schmerzen geklagt; der Vater, der Arzt war, habe eine „leichte Schwellung" konstatiert; die nächsten Tage habe Pat. gelegen, sei aber nach 4 oder 5 Tagen zur Kirche gefahren, die einige Werst entfernt lag. Von hier nach Hause zurückgekehrt, wieder Schmerzen im Rücken und Hüfte, und habe der Vater sie auf Eis liegen lassen, und zwar Monate lang. Zwei Kollegen hätten sie damals gesehen und eine „Coxitis" ausgeschlossen. Der nun referierende Kollege habe in diesem Jahre ein leichtes Nachschleppen des linken Beines öfters zu bemerken geglaubt. Im Sommer darauf (1885) Gebrauch von Kemmern, gute Besserung, so dass der Herbst leidlich gewesen. Pat. sei öfters ausgefahren, habe selbst gekutscht, sie liebt den Sport. — Im März 1886 Konsultation von 3 Kollegen; der Neurolog sprach sich für eine „Spinalirritation" aus; von chirurgischer Seite wurde ein „ossaler Herd" in der WS. angenommen, eine Suspensions-Kur, ein Korset verordnet. Im Mai 1886 fuhr Pat. mit Korset nach Hause, brauchte im Sommer Kemmern; anfangs mit gutem Erfolg; nach dem 14. Moorbade sei aber ein Rückschlag eingetreten; Pat. kam wieder nach Riga und es wurde von Neuem mit einer Suspensions-Kur begonnen (Juli 1886). Im Laufe des Herbstes gesellten sich zu den früheren Schmerzen, Nackenschmerzen und cerebrale Schwächesymptome; leichte Ermüdbarkeit, Verdunkelung der Augen, Unvermögen längere Zeit zu lesen; Unvermögen das Buch längere Zeit zu halten. Pat. habe ihr Haar nicht selbst machen können, die Arme versagten den Dienst, es habe Unsicherheit des Ganges bestanden, die Beine seien schwach („paretisch"), die Handschrift „verändert" gewesen. Im Herbst sei von einem andern Neurologen eine galvanische Kur eingeleitet worden ohne wesentlichen Erfolg. Im Frühjahr 1886 und Winter 1886/87 sind 2 mal Ohnmachtsanfälle beobachtet worden; der letzte (Ostern 1887) sei aufgetreten „nach Schreiben einiger Zeilen und wenig Lesen!" Nach dem Anfall mehrere Tage stärkere Kopfschmerzen und schlechteres Sehen. Am 13. April 1887 sah ich Pat. zum ersten Mal. Gut genährtes Fräulein: mit negativem somatischem Befund der inneren Organe. Die proc. spinosi der letzten Brust- und ersten Lendenwirbel druckempfindlich, aber auch die Teile neben den proc. spinosi druckempfindlich und über diesen Stellen deutlicher Brodie; neben der linken Mamma druckempfindliche Punkte. Ebenso an der Hals-W. S. druckempfindliche Stellen; Druck auf diese soll Uebelkeiten erzeugen. Eine genaue Untersuchung durch den Ophthalmologen Herrn Dr. Zwingmann ergab ein conc. eingeengtes GF. mittleren Grades, das l. GF. enger, als das rechte; bei zentraler Sehschärfe von $^6/_6$ und normalem ophthalmologischem Befund, normaler Pu Re f. L.; R Pu zuweilen bei herabgesetzter Beleuchtung etwas weiter, als die linke. Sensibilität bis auf die hyperästhetischen Stellen an Rücken und Brust, und Motilität objektiv nicht gestört. Psychisch sehr desperater Zustand. Nach der Genesung referierte Pat. sie sei damals „dem Wahnsinn nahe gewesen", da sie durch die verschiedenen Ansichten der Aerzte über sich nicht ins Klare kommen konnte.

Pat. äusserte sich über den Vater, der Arzt, aber Psychopath und Alkoholist war, in zurückhaltender, pietätvoller Weise, doch ging klar aus ihren Andeutungen hervor, dass er der Aengstliche gewesen sei, dass er wenigstens in den ersten 15 Monaten sie in die Vorstellung: schwer krank zu sein, hineingedrängt hatte, und dabei blieb, trotzdem die ersten Konsultanten negative Befunde gehabt hatten. Es ist zu bemerken, dass alle männlichen Verwandten: Vater, Bruder, Schwager, Onkel Aerzte waren, alle aber ein Urteil des alten Kollegen und Vaters respektierten. Pat. hatte also, als ich sie sah, 28 Monate unter dem Druck des wenig trostreichen Gedankens gelebt schwerkrank zu sein und hatte gesehen, dass sie unter den verschiedensten Behandlungsmethoden nur immer schlechter wurde, dabei die innere Empfindung, dass es durchaus nicht so schlimm sei! Ihre Worte waren: „ach es ist ja nicht so schlimm!" musste ich mir oft sagen, „und doch immer wieder ins Bett!"

Ich konnte nach diesem Befunde mich nicht zur Diagnose eines organischen Leidens entschliessen; bat das Korset fortzulassen und beruhigte Pat. Sie fuhr nach Hause, trug freilich das Korset noch längere Zeit, (März 1888) machte sich nachts kalte Umschläge auf den Rücken nach eigener Verordnung, und genas bald — ohne jegliche ärztliche Behandlung. Ich habe Pat. in späteren Jahren öfter wieder gesehen.

Mehrere Jahre nach dieser schweren Zeit, 1895 erlitt sie wieder ein Trauma, nachdem ich sie jedoch auf Grund eines negativen Befundes beruhigt hatte, blieb dasselbe auch ohne Folgen. Seit 1887 ist Pat. gesund, und ein tatkräftiges Glied der Gesellschaft.

Sie sehen an ihrer Kurve nirgends die Eigentümlichkeit der 2. Kurve mit den simulierten Temperaturen. Eine Kontrolle hat hier weder von mir noch von einer Oberin stattgefunden. Die Dame hat während der ganzen Zeit die ich sie kenne einen psychisch hochstehenden Eindruck gemacht, so dass eine Simulation höchst unwahrscheinlich. Auch lag für die Pat. selbst kein Grund zu simulieren vor. Es hat freilich in der Umgebung der Kranken oft eine Hysterica geweilt, aber auch nicht beständig, so dass ein gewisser Typus in der Kurve nicht zu erkennen wäre, falls diese die Temp. gefälscht hatte; es wären Schwankungen in der Kurve zu sehen gewesen. Ich bemühte mich Pat. aus dem traurigen psychischen Zustande zu befreien. Ich liess überhaupt nicht messen und achtete auf die Temp. nicht, und der Erfolg lehrte, dass meine Anschauung die richtige war. — Ein psychischer Reizzustand bestand. Wie das Symptomenbild als solches aufzufassen ist, will ich heute nicht genauer erörtern, behalte mir Solches für ein anderes Mal vor. Es ist ein typisches Beispiel für die sogenannte „traumatische Neurose!"

Hier sind keine Entschädigungsansprüche; ihre Rolle hat aber der psychopathe Vater gespielt, und als schliesslich nach 15 Monaten die Kollegen zusammenkamen, fanden sie wirklich Symptome, die in ihrer Deutung schwer sind und die schon oft sehr verschieden aufgefasst worden sind. Es ist ein suggestiv — auf psychischem Wege der Kranken anerzogenes, „suggerirtes" nervöses Leiden, das aber nicht als Hysterie aufgefasst werden darf, das die Kranke in eine lästige erdrückende Schwüle des inneren Seelenlebens hineingezwängt hat, die schon einen Reizzustand des Cerebrums verständlich erscheinen lässt.

Und Sie sehen m. Herren, eine subfebrile Temperaturkurve.

Wie haben wir hier die Temperatur aufzufassen?

Kontrolle hat gar keine existiert, ich selbst habe auch nicht gemessen. Doch in der psychischen Luft, in der Pietät und Vertrauen und Achtung vor dem ärztlichen Stande Gesetz war, war an Simulation nicht gedacht worden, habe auch ich nicht gedacht, habe aber durch das Symptomenbild mich veranlasst gesehen, die Temp. als eine nervöse Hyperthermie anzusehen, und sie für die Diagnose zu vernachlässigen. So wurde die Beurteilung des Zustandes nicht durch ein Symptom allein beeinflusst, und der Verlauf hat gelehrt, dass dieselbe richtig war. Wenn man die Temperatur-Kurve in Zusammenhang mit anderen betrachtet, wird man nicht kurzer Hand sagen: die Temperaturen sind gefälschte gewesen, sondern zum Mindesten die Möglichkeit einer nervösen Hyperthermie ernstlich erwägen! Für die erste Kranke und für diese ist besonders zu betonen, dass alle übrigen Erscheinungen des Fiebers fehlten.

Statt dieser bestand ein rein nervöses Symptomenbild.

Ich meine wir gehen nicht fehl, wenn wir hier eine Hyperthermie bei einer Nicht-hysterischen annehmen!

Man darf nicht vergessen, dass ein pathol. veranlagtes Nervensystem anderen Gesetzen folgt, als ein gesundes, und wenn die Unterschiede auch nur quantitative sind, so treten uns die Folgen als qualitativ verschiedene, anders geartete Erscheinungen, entgegen.

In diesem Sinne wird es uns viel verständlicher, dass ein pathol. Nervensystem auf „Reize die uns „kalt lassen", eben „warm" wird", und die verschiedensten Reizzustände zeigt, unter denen auch die Eigenwärme für längere Zeit eine um $1-1^1/_2{}^0$ gesteigerte ist.

Die beiden nächsten Kurven stammen von 2 exquisit pathol. veranlagten Damen, die ich längere Zeit in der „Klinik Peterson", in meiner dortigen Abteilung, zu beobachten Gelegenheit hatte. Die erste habe ich selbst nicht kontrolliert, liess aber kontrollieren. Es bereitete sich bei der Dame die Climax vor; öfter stieg die Temp. vor der zu erwartenden Periode; einmal war die Temp. längere Zeit hoch, so dass ich mich veranlasst sah die Möglichkeit einer Appendizitis ernstlich zu erwägen. Die Operation schaffte einen Appendix zu Tage, der nicht schwer verändert war, aber die Temp. blieb unverändert. Zum Vergleich habe ich die Kurve IV von derselben Dame aus einer späteren Zeit 1905 hergesetzt. Auch hier glaube ich nicht an Täuschung, und suche die pathol. Reaktion in der Psychopathie der Kranken.

Die letzte Kurve (VI) stammt von einer Dame die ich Jahre lang kannte. Wenn sie an einer Angina erkrankte, so hörte die Tempeaaturerhöhung lange Zeit nicht auf: Hier habe ich oft selbst gemessen und bei Zeitunterschied in der Messung von 1—2 Stunden nie mehr als 0,1—0,2 mehr oder weniger gefunden, als die diensttuende Schwester oder die Pat. selbst. Die Psychopathie war auch hier eine hochgradige. Herr Dr. Otto hier in Dorpat hat in den letzten Tagen ähnliche langdauernde Rekonvalescenz-Temp. beschrieben, zu deren Erklärung er auch pathol. Reizzustände im Hirn zur Erklärung heranzieht.

Meine Herren! durch Tierexperimente ist es ausser allem Zweifel, dass man Hyperthermie durch Hirnreizung erzeugen kann. Am sichersten entsteht Hyperthermie bei Stich in den Kopf des corp. striatum. Schon Brodie (1811) war die Tatsache bekannt, dass Läsionen des Zentralnervensystems Erhöhung der Körperwärme erzeugen können. Ito konnte unter 50 Versuchen (citiert nach Kocher) 32 mal Steigerung der Temp. erzeugen; nach 12 Min.—1 Stunde stieg die Temp. um 0,8—2,78 bei sonstigem Wohlbefinden des Tieres. Ito fand den wärmsten Ort im Duodenum (0,7 höher als im Rektum) Hirsch und Rolly in der Leber. (Kocher pag. 336).

Rolly hat ferner gefunden, dass ohne Anwesenheit des Glykogen in der Leber der Hirnstich nicht von Hyperthermie gefolgt wird. Aronsohn und Sachs haben in neuerer Zeit die Untersuchungen von Ito bestätigen können. (Krehl; Kocher). Eulenburg hat bei Hunden durch Rindenzerstörung eine Temperaturerhöhung von 5—6° an den kontralateralen Extremitäten erzeugen können. (Krehl).

„Es unterliegt ferner keinem Zweifel, dass auch beim „Menschen ähnlich wie beim Tier Reizungen gewisser „Hirnteile vorübergehende, aber auch anhaltende Tem-„peratursteigerungen bewirken können". (Monakow pag. 276) und diese sind halbseitig, beweisen also sehr deutlich die direkte Abhängigkeit der Temperatur vom Nervensystem.

Auch scheint Läsion des corpus striatum beim Menschen dieselbe Erhöhung der Temp. in der gelähmten Extremität zu erzeugen. (Horsley, Nothnagel, With) — (Monakow 585). In jüngster Zeit hat Fr. Chotzen über eine ähnliche Beobachtung aus der Irren-Anstalt Breslau (in der Münchener Med. Woch. 1907 p. 1304) berichtet.

Er giebt einen Bericht über die jüngsten Erfahrungen. Läsionen des Thalamus, der motorischen Region der Rinde haben auch Hyperthermie beobachten lassen; im Falle Chotzen scheint aber doch wieder das corp. striatum der Vermittler der Wärmesteigerung gewesen zu sein.

Ebenso sind Temperatursteigerungen bei Erkrankung des Pons und der Oblongata eine bekannte Erfahrungstatsache. Ich habe eben erst den alten Vater eines unserer Kollegen beobachten dürfen, der bei einer apoplektischen Läsion, wohl einer Hirnblutung in der Nähe der med. oblongata oder des Pons in den ersten Wochen nach dem Insult fieberte — ohne dass sonst ein Grund für die Temperatursteigerung vorhanden war.

Die höchsten Temp. werden nach Wirbelfrakturen und Quetschungen des Halsmarks gesehen; Recklinghausen hat eine Reihe solcher Fälle zusammengestellt, wo die Temp. 42°, 43° und 44° erreicht. Schon 1869 konnten Naunyn und Quincke das Gleiche experimentell erzeugen. (Krehl).

Ferner sind nach traumatischen Hirnläsionen Hyperthermien beobachtet worden, so in einem Fall von Kocher, in dem die Hyperthermie das einzige Symptom war, das eine Hirnkontusion anzeigte. (Kocher, Hirnerschütterung und Hirndruck. pag. 336). Auch nach Lumbalpunktion sah Chipault Temperatursteigerung; derselbe und Thoele sahen nach Eröffnung von Hirnzysten und Tamponade der Höhlen Hyperthermie. Thoele sah bis zum 45. Tage abends Temp. bis 40°, deutet dieselben als Reizwirkung vom corp. striatum aus: — Ein 31-jähr. Mann war wegen traumatischer Epilepsie trepaniert worden, man fand eine traumatische Porencephalie und Kommunikation einer grossen Cyste mit dem erweiterten Seitenventrikel. Tamponade und Hyperthermie ohne jegliche Fiebersymptome. (Kocher pag. 336).

Angesichts solcher Daten ist es für unsere Ueberlegung sehr verführerisch an ein Zustandekommen von Hyperthermie auch durch rein funktionelle Reizzustände zu glauben; die kollossalen Explosionen, die an den nervösen Kranken, (Hysterie-Epilepsie) zu beobachten sind, lassen doch keine anderen Voraussetzungen zu, als dass Reizzustände die Ursache dieser Explosionen sind.

Von all den Symptomenbildern die ich Ihnen, m. Herren, vorgeführt habe, meine ich, ist das zweite, das

das Frl. J. S. zeigte, das am leichtesten verständliche Beispiel. Bei ihrer Ethik und Intelligenz schilderte sie ihren inneren verzweifelten Zustand gut; bei Abwesenheit des hysterischen Charakters, kann dieser Schilderung volles Vertrauen und volle Beachtung geschenkt werden.

Sie lebte lange in dumpfster psychischer Schwüle; diese erzeugte eine Anzahl schwerer nervöser Symptome; warum sollte man glauben, dass die Temperaturen gefälscht waren? Die Kurve zeigt, dass ihre Eigenwärme nur um 1—1,5° höher eingestellt war; macht nicht ein solches Symptom eher, oder wenigstens ebenso gut den Eindruck, dass es zum ganzen Bilde gehört, ähnlich wie die Explosionen der Hysterischen die doch gewiss zum Bilde gehören oder ähnlich, wie eine sehr niedrige Temp. bei genuiner Torpidität oder in sehr lang andauernder Rekonvalescenz, in der sich die Kranken aber schon wohl fühlen. Es ist merkwürdig, dass wir eher geneigt zu sein scheinen, den niedrigen Temp. zu glauben, als den erhöhten!

M. Herren! Der Begriff „Temperatursteigerung" sagt nicht dasselbe wie der Begriff „Fieber", gerade die Verhältnisse, die wir beim nervösen „Fieber", finden, zeigen, dasss wir strenger als bisher zwischen Hyperthermie und Fieber unterscheiden müssen, und tun wir Solches, so wird die Temperatursteigerung aus nervösen Ursachen unserem Verständnis näher gerückt; zum Fieber gehören viele andere Erscheinungen, die wohl enger mit dem fieberhaften Zustände des Organismus verbunden, die wir doch meist als Criterium für die Höhe des Fiebers ansehn. Bei all' den Nervösen die erhöhte Temp. zeigten, fehlten diese anderen Erscheinungen des Fiebers. Das umgekehrte Bild ist besonders demonstrativ für dieses Verhältnis. Wir sehen schwere Infektionen, die durch die begleitenden Erscheinungen angezeigt werden — doch die Temperatursteigerung fehlt. —

Junge, kräftige Individuen fiebern hoch; alte, geschwächte Individuen „fiebern" garnicht, sehr niedrig oder die Temp. sinkt unter die Norm trotz schwerer Infektion. Dasselbe tritt experimentell bei manchen Tieren auf; auch in der Toxikologie sehen wir ähnliche Verhältnisse. Die Stoffe der Alkoholgruppe machen nach der interessanten Untersuchung von Rumpf (Krehl 499) starke Herabsetzung der Eigenwärme.

Ein anderes Beispiel giebt das Koch'sche Tuberkulin; in hierher gehörigen Fällen sieht man bei der Sektion eine hochgradige Ueberfüllung der Unterleibshöhle mit Blut, wohl auf eine zentrale Lähmung des Splanchicusgebietes zurückzuführen. Es kommt hier die Differenzierung vom Kollaps in Frage: „Fieber und Kollaps sind nicht durch scharfe Grenzen von einander getrennt, sondern gehen einer in den andern über".

Janssen weist darauf hin, dass Kollaps und verminderte Körpertemperatur nicht identifiziert werden dürfen, „letztere komme viel häufiger vor als man meine". (Krehl 498) Die niedrigere Temp. bei schweren Verletzungen — Quetschung des Halsmark, macht einmal höchstes Fieber, das andere Mal niedrige Temp. — starke Blutungen, Narkosen, Perforationsperitonitis und Verletzungen des Bauchfells, setzen die Körperwärme oft bedeutend herab. Eine Pneumonie macht z. B. bei einem Tabetiker alle Erscheinungen — doch die Temp. ist 35.5—35.3 — ich habe vor Jahren einen solchen Fall beobachten können. — Aber auch rein nervöse Erkrankungen bringen nicht all zu selten sehr niedrige Temp. zustande; so beobachtet man bei progressiver Paralyse Temp. von 35° und 34° über längere Zeit; ebenso bei ausgedehnter Arteriosklerose und alten Erweichungsherden.

Nach Allem meine ich, dass wir berechtigt sind an eine „Hyperthermia nervosa" zu glauben; der Ausdruck „hysterisches Fieber" ist auszumerzen, denn er bringt in unsere Anschauungen Verwirrung und entspricht nicht den Tatsachen, denn die Hyperthermia nervosa kommt auch bei Nicht-Hysterischen vor. Wünschenswert wäre es, wenn weitere einwurffreie Beobachtungen bekannt würden.

Bücheranzeigen und Besprechungen.

P. Franze (Nauheim): Die Behandlung der Herzkrankheiten mittels kohlensaurer und elektrischer Bäder, Massage, Gymnastik und Diätetik. Mit zahlreichen Abbildungen. gr. 8°, 63 Seiten. Verlag der „Aerztlichen Rundschau" (Otto Gmelin) in München. Preis Mk. 1,60.

Die vorliegende Schrift bringt eine anerkennenswerte populär-wissenschaftliche Darstellung der physikalischen Behandlung der Kreislaufstörungen aus der Feder eines erfahrenen Nauheimer Kurarztes. Nach einer kurzen Definition des Begriffs der physikalischen Therapie und Schilderung des Blutkreislaufes sowie der Ursachen, auf denen die Störungen der Zirkulation im allgemeinen beruhen, giebt Verf. eine Uebersicht über das Wesen und die Wirkungsweise der verschiedenen physikalischen Methoden: Mineralbäder, Hydro-Elektrotherapie, Massage und Gymnastik, die jenen Anomalien entgegenwirken und die Zirkulation wieder in ihre normalen Bahnen zu leiten imstande sind. Was die therapeutische Verwendung der physikalischen Methoden bei Erkrankungen des Herzens und der Gefässe anlangt, so spricht der Verf. der Massage die universellste Bedeutung aller physikalischen Methoden überhaupt zu, und zwar eigne sie sich nicht nur für alle leichteren und mittelschweren Fälle, sondern auch für die allerschwersten Fälle, ja sie ist nach des Verfassers Ansicht für letztere — eventuell neben gewissen elektrischen Prozeduren — das einzige in Betracht kommende physikalische Verfahren. Schwere Kreislaufstörungen haben nämlich nur von einer einzigen Art der Behandlung etwas zu erwarten: von der absoluten, durch nichts unterbrochenen Bettruhe. Da nun aber bei absoluter Ruhe im Bett durch die vollständige Untätigkeit der Muskeln die Blutströmung verlangsamt und infolgedessen die Elimination der schädlichen Stoffwechselprodukte verhindert wird, Kohlensäure als Produkt der Gewebsoxydation sich im Blute ansammelt und nach andere Schädlichkeiten auftreten, so erliegt das Herz endlich der Summe dieser Schädlichkeiten. Hier ist nun die Gelegenheit, wo die Massage helfen kann: die mangelnde Muskelbewegung muss durch sie ersetzt werden und kann es auch bei ihrer wirklich sachgemässen Ausführung.

Wenn die Broschüre auch in erster Linie zur Verbreitung richtiger Einsicht in die Art der physiologischen Wirkungsweise physikalischer Heilmittel in weiteren Kreisen bestimmt ist, so wird doch auch mancher Arzt, der sich noch nicht eingehender mit diesen Disziplinen beschäftigt hat, sie als Einleitung zu ihrem Studium verwenden können. Gute Abbildungen im Texte tragen zum Verständnis der Erklärungen wesentlich bei.

Bernhoft.

Auszug aus den Protokollen der Gesellschaft praktischer Aerzte zu Libau.

Sitzung vom 1. Februar 1907.

1. Ischreyt demonstriert einen Fall von zentralem schwarzen Fleck bei Myopie. Der 33-jährige Patient ist seit früher Jugend kurzsichtig; die Sehschwäche nimmt von Jahr zu Jahr zu. Anfang März 1904 bemerkte er zufällig beim Schliessen des rechten Auges, dass das linke dunkel sei. Am 17. März erhob ich folgenden Befund. Beiderseits besteht zusammengesetzter myopischer Astigmatismus rechts: horiz. — 3,5 vert. — 5,0 links: horiz. — 5,0, vert. — 7,0. Visus rechts: s. c. = 5/60, c. c. = 5/8; links:

s. e. = 1/30, c. c. = cr. 1/30 — 1/10. Ophthalmoskopisch findet sich rechts ein temporaler Conus, links ein ungefähr 1—2 P. d. grosser Conus oben, aussen und unten, mit sehnig weissem Grunde. In der Maculagegend sieht man einen cr. 3/4 P. d. grossen rundlichen schwarzen Herd mit scharfem Rande (nur der nasale Rand ist etwas heller und weniger scharf). Die Mitte des Herdes ist hellgrau, er scheint leicht prominent zu sein. Von dem Herde laufen gelbliche Zeichnungen radienartig nach verschiedenen Seiten: ein Strahl lässt sich temporal auf eine Entfernung von 1 P. d. verfolgen, zwei kürzere Strahlen entspringen vom oberen äusseren Rande des Herdes. — Im Verlaufe der nächsten Jahre änderte sich das ophthalmoskopische Bild beträchtlich, während die Kurzsichtigkeit weiter zunahm. Am 1. Februar 1907 liess sich folgendes feststellen: Skiaskop. rechts horiz. — 7,0 vert. — 9,0 links horiz. — 7,0 vert. — 11,0 d. Der Maculaherd hat einen Durchmesser von mehr als 1 P. d. erreicht. Er besteht jetzt aus einem kreisrunden unregelmässigen Pigmentring, der eine gelbliche Mitte umschliesst. Auf den Pigmentring folgt peripher ein rötlichgelber, nach aussen und innen dreieckig ausgezogener, atrophischer Saum. Unten stösst an ihn zunächst eine ganz schmale rötliche Linie und darauf ein gelblicher aus einzelnen Fleckchen zusammengesetzter Bogenstreif. Zwischen Maculafleck und Conusrand stellenweise eine leicht atrophische Verfärbung. Von der Pupille ziehen dünne Gefässe zum oberen und unteren Rande des Maculafleckes.

(Autoreferat).

2. Ischreyt demonstriert einen 33-jährigen Mann mit Optikusatrophie infolge von Typhus abdominalis. Der Patient erkrankte seiner Aussage gemäss im März 1906 an dieser Krankheit und lag schwer darnieder, wurde im Obuchowhospital behandelt. Etwa 3 Wochen nach Beginn der Erkrankung bemerkte er, dass das linke Auge schlechter als das rechte sehe. In der Folgezeit verschlechterte sich die Sehkraft beider Augen so sehr, dass er nicht mehr zu lesen im Stande war. Seit einigen Monaten scheint eine Besserung einzutreten. Die Untersuchung ergab bei fast emetropischer Refraktion als Visus rechts 3,5/50, links 1,5/50. Ophthalmosk. finden sich beiderseits blasse Pupillen. Das Gesichtsfeld für Rot ist sehr stark (unregelmässig) eingeengt. Rechts wird nur grösste Schrift mühsam entziffert, links wird nicht gelesen.

(Autoreferat).

3. Brehm hält seinen angekündigten Vortrag über «Appendizitis», wobei er in erster Linie die Frage der Therapie und Indikationsstellung bespricht. Er kommt zum Resultat, dass die rationellste Therapie der Appendizitis in der frühen Operation bestehe. Die Unmöglichkeit sich aus dem klinischen Bilde das richtige pathologisch-anatomische Bild früh zu konstruieren, zwingt dazu früh zu operieren, will man nicht so und so viele Fälle verlieren. Am günstigsten ist der Eingriff in den beiden ersten Krankheitstagen, nachher muss man individualisieren; die Chancen sind dann lange nicht mehr so gute, weil man mit den Verwachsungen zu tun hat. Die Frühoperation stellt sich technisch meist wie eine Intervalloperation. Was die interne Behandlung anbetrifft, empfiehlt Redner für die Fälle, die sich nicht operieren lassen, absolute Ruhe in Rückenlage, absolute Abstinenz und Thermophor, resp. Ricinus. An einer Reihe von Farbenskizzen werden die charakteristischsten Krankheitsbilder erläutert.

In der Diskussion fragt Friedberg nach dem augenblicklichen Stande der Frage der Aetiologie; er sah in einer Familie den Vater und Sohn zu gleicher Zeit erkranken und möchte das auf eine gemeinschaftliche Infektionsquelle zurückführen.

Christiani sah bei einem Kinde Appendizitis direkt im Anschluss an Influenza auftreten. Dadurch dass gleichzeitig noch 2 Geschwister an der Influenza erkrankten, war der Zusammenhang offenkundig.

Brehm meint, die Frage der Aetiologie sei nicht definitiv gelöst; soviel sei jedenfalls absolut sicher, dass es sich stets um Infektion handelt und zwar um lokale Infektion nicht spezifischer Art; sie kann durch Bakt. coli, Strepto-, Staphylo-, Pneumo-Kokken hervorgerufen werden. Auf welchem Wege und auf welche Art die Infektion erfolgt, sei nicht sichergestellt. Eine wichtige Rolle spielt der lymphatische Apparat des Wurmes. Klemm hat eine interessante Theorie entwickelt, wobei er den lymphatischen Apparat des Wurmes mit dem lymphatischen Schlundring vergleicht und ihm wie diesem eine wichtige Rolle in der Abwehr von Infektionen zuweist, gerade im Kindesalter, — später ist der Organismus resistenter, dann degeneriert der lymphatische Apparat des Wurmes. Sobald der Apparat nicht prompt funktioniert, überfluten die pathogenen Keime den Wurm und rufen hier die bekannten Bilder hervor. Pathogene Keime giebt es hier ja stets. Die früher so viel beschuldigten Fremdkörper spielen sicher ätiologisch eine ganz untergeordnete Rolle, allenfalls könnten sie zur Bildung der Kotsteine Veranlassung geben, welche ihrerseits Decubitusgeschwüre machen können. resp. das Lumen versperren und Stagnation hervorrufen, Die Angina tonsillaris wird sehr vielfach in der Litteratur als ätiologisches Moment angegeben.

Friedberg hat in der letzten Zeit erschreckend viele Fälle von Appendizitis gesehen und fragt, ob das Leiden wirklich im Zunehmen begriffen sei.

Siebert macht darauf aufmerksam, dass man in früherer Zeit vielfach in Fällen, die man jetzt für A. halten würde, von «Unterleibsentzündung» sprach.

Hinsichtlich der Differentialdiagnose weist Christiani auf die Schwierigkeit hin unter Umständen eine A. von einer Adnexerkrankung zu unterscheiden. Hierbei sind folgende Ueberlegungen von Wichtigkeit: Tuberkulose und Karzinom der Adnexe verlaufen chronisch und fieberfrei, die gonorrhoische Entzündung ist fast stets doppelseitig. Die septische Entzündung ist zwar einseitig, verläuft aber in vielen Fällen latent, um hin und wieder von Neuem aufzuflammen. Differentialdiagnostisch bietet die septische Entzündung die meisten Schwierigkeiten, lässt sich aber häufig durch die Anamnese (vorausgegangene Geburt oder ärztlicher Eingriff) als solche erkennen. Im Allgemeinen lässt sich sagen, dass bei der septischen Adnexerkrankung das abdominale Krankheitsbild weniger ausgesprochen ist wie bei der Appendizitis. Der Mac Burney'sche Punkt ist viel weniger wichtig. Hinsichtlich des Uebergreifens von Adnexerkrankungen auf den Blinddarm bemerkt Christiani, dass ein solcher Zusammenhang lange nicht so häufig sei, wie es nach den Angaben einiger Autoren (Petersen, Dührssen) den Anschein habe.

Schmähmann führt aus, dass unter Umständen Appendizitis und Cholelithiasis verwechselt werden könnten.

Stender fragt, ob die Bezeichnung Typhlitis stercoralis noch zu Recht bestehe; ferner, ob rechtsseitige Pleuritis bei Appendizitis häufig sei; er selbst hat zwei Fälle gesehen: eine seröse und eine eitrige Form.

Brehm erwiedert, dass Roux als Letzter die Abart «Typhlitis stercoralis» aufgegeben hätte. Im Typhlon fänden sich eben keine festen Ballen, sondern Dünndarmkot, der erst später eindicke. Brehm hat eine seröse Pleuritis sehr häufig gesehen und dieselbe weise auf einen subphrenischen Eiterherd hin. Pleuritis bei weitentferntem Abscess hat er nicht beobachtet,

Schmähmann fragt nach der Bedeutung der von Ewald so benannten Appendizitis larvata.

Nach Brehm's Ansicht ist unter dieser Bezeichnung alles Mögliche zu verstehen, obwohl Ewald darunter etwas ganz Bestimmtes verstand, nämlich die sog. chronische Appendizitis. Die Bezeichnung wird aber von anderen, namentlich ausserdeutschen, Autoren auch in ganz anderem Sinne gebraucht, z. B. zur Bezeichnung von A. Fällen, bei denen das typische Bild durch ganz ungewöhnliche Symptome cachiert ist. Es ist jedem erfahrenen Arzte bekannt, welch ein teuflisches Versteckspiel die A. treiben kann. Brehm referiert über derartige Fälle.

Christiani erwähnt darauf folgende Krankengeschichte: ein Patient litt an unbestimmten nervösen Schmerzen, Obstipationen und magerte ab. Den Verdacht, dass es sich um eine Appendizitis handele, bestätigte die Operation, bei der sich Adhäsionen und sonstige leichtere Veränderungen fanden. Nach der Operation trat völlige Genesung ein. Christiani warnt davor in ähnlichen Fällen zu leicht an Hysterie zu denken, da die Beziehungen zwischen allgemein nervösen Störungen und den Adhäsionen noch viel zu wenig bekannt seien.

Hinsichtlich der einzuschlagenden Therapie weist v. Rautenfeld darauf hin, dass im Publikum eine schwer zu beseitigende Operationsscheu herrsche, was z. T. aus den zahlreichen spontan ausheilenden Fällen zu erklären sei.

Nach Brehm muss aus diesem Grunde die Operation in verschiedener Weise vorgeschlagen werden: bei den schweren oder zweifelhaft beginnenden Fällen muss der Patient energisch zur Operation gedrängt werden; der Arzt, der von der Notwendigkeit des Eingriffs überzeugt ist, wird dann seine ganze Autorität dem Patienten gegenüber einsetzen müssen. Bei den leichteren Fällen, die voraussichtlich schnell in Heilung übergehen, hätte der Arzt die Entscheidung dem Patienten zu überlassen, ob er sich sofort oder im Intervall operieren lasssen wolle.

Christiani ist der Ansicht, dass während der Schwangerschaft die Frühoperation gemacht werden müsse. Wird später operiert, gehe die Patientin meist zu Grunde.

Prissmann fragt, wie man sich in den Fällen verhalten solle, die ohne Anfälle verlaufen; bei denen ausser einer un-

angenehmen Empfindung in der rechten Abdominalgegend keine Symptome vorhanden seien.

Brehm hält auch in solchen Fällen die Operation für angezeigt, da diätetische Massnahmen keinen Erfolg hätten und auf die Dauer den Patienten äusserst lästig und störend würden. Es handelt sich hier gerade um die chron. A., die Ewald als A. larvata bezeichnete. Brehm warnt davor bei Frauenleiden Massage anzuwenden, wenn eine Erkrankung des Wurmfortsatzes nicht mit Sicherheit ausgeschlossen werden könne. Man müsse sich nur das anatomische Bild vorstellen, um die Gefährlichkeit einer derartigen Therapie einzusehn. In einem Falle sah Brehm bei wenig verändertem Wurm eine exquisite Pyosalpinx mit einem Kotsteine, der die Aetiologie klarlegte.

Schmähmann fragt, ob postoperative Schmerzen häufig seien.

Friedberg hat an sich selbst erfahren, dass die Schmerzen in den ersten Monaten sehr schlimm sein können. Der Narbenschmerz verlässt ihn auch jetzt, $2^1/_2$ Jahre nach der Operation, nie ganz und er müsse beständig eine Leibbinde tragen.

Brehm erwidert, dass Schmerzen besonders da auftreten, wo unter schweren Erscheinungen operiert wurde; in den Fällen ohne Tamponade blieben sie in der Regel aus.

Goldberg weist darauf hin, dass die ins städtische Krankenhaus eingelieferten Fälle fast stets den Spätstadien angehören. Er bittet die Kollegen die Kranken möglichst früh zu schicken.

Friedberg weist auf die Scheu der Arbeiterklasse vor der Krankenhausbehandlung hin.

Präses: Prissmann.
Sekretär: Ischreyt.

Tagesnachrichten.

Personalia.

— Sein 70. Lebensjahr vollendet am 7. November unser Landsmann, der bekannte Anatom, Prof. ord. und Direktor der anatomischen Anstalt der Universität Königsberg, Geh. Medizinalrat Dr. Ludwig Stieda. Der Jubilar, ein Sohn Rigas und ein ehemaliger Jünger der Dorpater Universität, ist bekanntlich eine Reihe von Jahren hindurch als Assistent, dann als Prosektor und Professor der Anatomie in Dorpat tätig gewesen, bevor er i. J. 1885 auf den Lehrstuhl der Anatomie nach Königsberg berufen wurde. Die Gesellschaft praktischer Aerzte in Riga hat beschlossen, den hervorragenden Sohn der Stadt zu ihrem Ehrenmitgliede zu ernennen und ihm eine künstlerisch ausgestattete Adresse zu übersenden.

— Prof. Dr. Robert Koch ist nach seiner Rückkehr nach Berlin vom Deutschen Kaiser in Anerkennung für das seinen bisherigen ausserordentlichen Verdiensten um Wissenschaft und Vaterland sich würdig anreihende Wirken zur Bekämpfung der Schlafkrankheit zum wirklichen Geheimrat mit dem Titel Exzellenz ernannt worden. Die Rückkehr Kochs aus Afrika ist auch ein Ereignis für die deutsche wissenschaftliche Welt, zu dessen gebührender Feier ein aus hervorragenden Männern der Wissenschaft, der Finanz- und der Beamtenwelt in Berlin zusammengesetztes Komitee am 4./17. November ein grosses Festmahl veranstalten wird.

— Zum Oberarzt des Ujasdowschen Militärhospitals in Warschau ist der bisherige Konsultant für Chirurgie an diesem Hospital, wirkl. Staatsrat Dr. Paul Toporkow, ernannt worden.

— Die ordentlichen Professoren der Universität Kasan Dr. Rasumowski, Dr. Kasem-Bek und Dr. Agababow sind zu Konsultanten des Rodionowschen Instituts für adelige Fräulein in Kasan ernannt worden, und zwar der erste — für chirurgische, der zweite — für innere und der letzte — für Augenkrankheiten, unter Belassung in ihrem Professorenamte.

— Mit der Vertretung des wegen Krankheit von seiner Lehrtätigkeit zurückgetretenen Professors und Direktors der chirurgischen Klinik an der Kieler Universität, Dr. Helferich, ist bis auf weiteres der Oberarzt dieser Klinik, Prof. Dr. Rudolf Göbell, betraut worden.

— Die an der Universität Würzburg neukreierte ausserordentliche Professur für Haut- und Geschlechtskrankheiten ist dem Privatdozenten Dr. O. Seifert übertragen worden.

— Der ausserordentliche Professor der Histologie und Embryologie an der Universität Kasan, Dr. Timofejew, ist zum ordentlichen Professor ernannt worden.

Nekrologe.

— Verstorben sind: 1) Am 24. Oktober in Leipzig nach langem Leiden der frühere Rigasche Arzt Eduard v. Erdberg im 56. Lebensjahre. Der Verstorbene war in St. Petersburg als Sohn eines höheren Ingenieuroffiziers geboren und hatte auch hier an der militär-medizinischen Akademie seine medizinische Ausbildung erhalten. Nach Absolvierung seiner Studien mit dem Arztgrade i. J. 1878 machte er den russisch-türkischen Feldzug als Arzt des Roten Kreuzes mit und war dann in Petersburg Ordinator an verschiedenen Hospitälern und zugleich Fabrikarzt. Später wandte er sich der Homöopathie zu und lebte seit 1885 als freipraktizierender homöopathischer Arzt in Riga. 2) In Tschenstochau der dortige Stadtarzt Grazian Pissarzewski im Alter von 45 Jahren. Als praktischer Arzt ist er seit 1886 in Polen tätig gewesen. 3) In Kaluga am 20. Oktober der Kreisarzt von Wolsk (Gouv. Saratow) Dr. Simon Dubenski im 58. Lebensjahre nach mehr als 30-jähriger ärztlicher Tätigkeit. 4) In Warschau der dortige Stadtarzt Dr. Stanislaus Kopez im Alter von nahezu 70 Jahren. Die Venia practicandi hatte er vor mehr als 45 Jahren erlangt. 5) In Odessa die Aerztin Chaja Gordon im 42. Lebensjahre nach 9jähriger ärztlicher Tätigkeit. 6) In Lille (Frankreich) der Direktor der chirurgischen Klinik der dortigen Universität Prof. Dr. Henri Folet im Alter von 65 Jahren.

Bf.

✦ Nächste Sitzung des Vereins St. Petersb. Aerzte: Dienstag, d. 13. Nov. 1907.

Tagesordnung: Fuhrmann: Ueber fieberhafte Darmerkrankungen der ersten Lebenstage.

Entgegennahme der Mitgliedsbeiträge.

✦ Nächste Sitzung des Deutschen ärztlichen Vereins: Montag, d. 19. Nov. 1907.

Tagesordnung: Zeidler: Zur Kasuistik der Erkrankungen der Gallenwege.



Scharlach-Serum

innerlich zu reichen.

„Scarlatin Marpmann" Nr. 1 zur Vorbeugung
„ „ Nr. 2 zur Heilung

zu Rbl. 2.50 Kop. pro Flasche ist in den Apotheken zu haben.
Niederlage für St. Petersburg bei K. A Krentzien,
Sergiewskaja, 3, Telephon Nr. 53-30.
Hauptniederlage beim Generalvertreter für Russland:
K. A. Jung, Moskau, Sadowniki, Haus Priwalow.

Chemische Fabrik auf Aktien
(vorm. E. Schering) Berlin

empfiehlt

SUBLAMIN SCHERING

(Hervorragender Ersatz für Sublimat).

Ausgezeichnet durch grosse Reizlosigkeit. Tiefenwirkung und leichte Löslichkeit. Weniger toxisch als Sublimat.

Tabletten à 1 Gramm

GLUTOL SCHERING

nach Prof. Dr. Schleich

(Hervorragendes Wundheilmittel).

Literatur gratis zur Verfügung. (74) 0—4.

General-Vertrieb: Agences du Laboratoire des Vaccins Pasteur Paris, Warschau und Moskau.
Briefadressen: Agence du Laboratoire des Vaccins Pasteur Paris. Warschau
Agence du Laboratoire des Vaccins Pasteur Paris, Moskau.
Telegrammadressen: Pasteur, Warschau und Pasteur, Moskau.

PERTUSSIN

Extract. Thymi saccharat. Taeschner.

ges. gesch. Einfuhr von der russ. Behörde gestattet.
Unschädliches, sicher wirkendes Mittel gegen:

Keuchhusten, Kehlkopf- und Bronchialkatarrh.

Literatur in hervorrag. Blättern Deutschlands u. Oesterreich-Ungarns.

Aerztliche Gutachten:

Prof. Dr. Ernst Fischer *(Strassburg):*
Die Wirkung des „Pertussin" war eine überraschende; wenngleich ich nicht gerade sagen kann, dass der Keuchhusten sich in einigen Tagen in einen einfachen Katarrh verwandelte, so wurden die Anfälle so milde, der Schleim so locker, dass das Erschreckende des Keuchhustens, das Blauwerden und die drohende Erstickung, vollständig wegfielen.

Dr. Model, kgl. Bezirksarzt a. D. *(Weissenburg):*
Nach dem Gebrauch des **Pertussin** war es mir beim Erwachen plötzlich, als athmete ich die freie herrliche Luft auf einem Alpen-Gipfel. Diese Leichtathmigkeit fiel mir besonders auf, der ich infolge langjähriger Bronchialkatarrhe an merklichem Emphysem leide.

Dr. Alfred Müller *(Neuhausen):*
Mein Urtheil geht dahin, dass das **Pertussin** ein Mittel ist, das in kürzester Zeit den mit Recht so gefürchteten Keuchhusten in einen ungefährlichen und fast unmerkbaren Bronchialkatarrh überzuführen vermag. Ich kenne zur Zeit kein anderes Mittel, welches sich des gleichen Vorzuges rühmen dürfte.

Dr. Erich R. von Matzner *(Birkfeld, Steierm.):*
Die drei mit **Pertussin** behandelten Bronchitiden, davon zwei bei Kindern, zählten zu den schwersten Formen und jedesmal erwies sich Ihr Präparat als von ausgezeichneter Wirkung; der starke Hustenreiz nahm in wenigen Stunden bereits ab und die Secretion begann sich bald zu verringern, die Temperatur fiel ab.

Verkauf nur durch die Apotheken, sowie durch folgende Engros-Depôts: **H. Bierstümpfel, Apotheker, Warschau,** Marszalkowska 136. **Ad. Marcinczik, Apotheker, Kiew. Paul Seebode, Apotheker,** Riga, Kalkstr. 26. **B. Schaskolsky,** Petersburg, **Carl Ferrein, Moskau.**

Hergestellt in der **Kommandanten-Apotheke E. Taeschner, Berlin C.** 19, Seydelstrasse 16. (14) 0—14.

Dr. Brehmer's Heilanstalten für Lungenkranke ✻ Görbersdorf ✻

Pension einschliessliche ärztliche Behandlung
Hauptabteilg. M. 6.50, Zweigabteilg. M. 4.25.

Chefarzt Dr. v. Hahn.

Bahnstation Friedland Bez. Breslau.

Das Krankenutensilienlager des St. Petersburger Samariter-Vereins.

Maximilianowsky Pereulok, 11.

verleiht auf Empfehlung eines Arztes oder eines Mitgliedes des Vereins alle zur Krankenpflege notwendigen Gegenstände wie: Rollstühle, Wassermatratzen, Tragbahren, Krücken, Wannen, Eisbeutel, Irrigatore etc.

Das Lager ist täglich v. 10 bis 6 Uhr (an Sonntagen v. 12 bis 2) geöffnet.

Die Verwalterin ist Dienstags und Freitags v. 2—3 Uhr daselbst zu sprechen.

Adressen von Krankenpflegerinnen:
Frl. Pauline Winkel, Коннogвардейскій переулокъ 4, кв. 2.

Herausgeber Dr. Rudolf Wanach. Buchdruckerei v. A. Wienecke Katharinenhofer Pr. № 15.

XXXII. JAHRGANG. ST. PETERSBURGER Neue Folge XXIV. Jahrg.

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Redaktion von

Prof. Dr. Karl Dehio. Dorpat.

Dr. Johannes Krannhals. Riga.

Dr. Rudolf Wanach. St. Petersburg.

Die „St. Petersburger Medizinische Wochenschrift" erscheint jeden Sonnabend.—Der Abonnementspreis ist in Russland 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr inkl. Postzustellung; in den anderen Ländern 20 Mark jährlich, 10 Mark halbjährlich. Der Insertionspreis für die 3mal gespaltene Zeile in Petit ist 20 Kop. oder 45 Pfen.—Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt. - Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.

Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate bittet man ausschliesslich an die Buchhandlung von K. L. Ricker in St. Petersburg, Newsky-Prospekt № 14, zu richten. — Manuskripte sowie alle auf die Redaktion bezüglichen Mitteilungen bittet man an den geschäftsführenden Redakteur Dr. R. Wanach in St. Petersburg, Petersb. Seite, Alexandrowski Pr. 6 zu richten. Sprechst. Dienstag, Donnerstag und Sonnabend 5—6.

№ 44 St. Petersburg, den 3. (16.) November. 1907.

Ueber Herznervosität.

Von

Dr. W. v. Holst.

(Vortrag, gehalten auf dem XIX. livländischen Aerztetage zu Dorpat.)

M. H. Nicht wenige von Ihnen werden aus eigener Erfahrung den Gerhardt'schen Ausspruch bestätigen können, dass mehr als die Hälfte der Personen welche sich im Laufe der Zeit wegen subjektiver Herzbeschwerden an Sie wandten, nicht an Klappenfehlern sondern an Innervationsstörungen litten. Erst in neuerer Zeit gelangt ein Teil dieser Kranken zum Nervenarzt, und während in den mir zugänglichen älteren Werken, den „Krankheiten des Nervensystems" von Leubuscher vom Jahre 1860 und Rosenthals „Klinik der Nervenkrankheiten" vom Jahre 1875 die Herzinnervationsstörungen kaum gestreift werden, hat Oppenheim als einer der ersten den Uebergang von Herzinnervationsstörungen in eine frühzeitige Atheromatose des Herzens und der Gefässe beobachtet und geht in der zweiten Auflage seines Lehrbuches vom Jahre 1898 genauer auf diese Fragen ein. Um das Spiel des Zufalls bei meinen eigenen Beobachtungen einzuschränken, ersuchte ich die Kollegen Sokolowski und Hirsch um Kontrollangaben aus ihrer Praxis. Sokolowski hatte im Jahre 1898 unter den 40 Aufnahmen in seine frühere kleinere Nervenheilanstalt 3, auf 116 Aufnahmen vom Beginn dieses Jahres bis zum Juni 10 mal Herzinnervationsstörungen im Vordergrund des Krankheitsbildes zu verzeichnen, während Hirsch sowohl auf die 100 ersten, wie auf die 100 letzten Aufnahmen in sein Sanatorium je 12 mal vorherrschend Herzbeschwerden konstatiert hatte. Dieser hohe Prozentsatz entspricht auch meiner Erfahrung. Es muss aber ausdrücklich betont werden, dass ausserdem ein nicht geringer Teil aller Nervenkranken gelegentlich über Herzbeschwerden klagt, die hier nicht Berücksichtigung finden können, da sie auf den verschiedenartigsten psychischen toxischen und organischen Gründen beruhn. An den Kranken die uns hier beschäftigen und für deren Leiden ich in Ermangelung einer bessern die Bezeichnung „Herznervosität" gewählt habe, erscheinen mir folgende Züge von charakteristischer Bedeutung.

Sie würden sich fast alle für leidlich oder ganz gesund halten, falls ihr Herz sie in Frieden liesse, stehn mithin unter der Herrschaft ihres unberechenbaren Herzens, und ihr ganzes Sehnen geht dahin dieser Tyrannei zu entgehn. Doch denke ich keineswegs an die Herzhypochonder, die sich wegen unbedeutender Empfindungen in der Herzgegend in steter Furcht vor dem Herzfehler verzehren; nur ein verschwindender Bruchteil dieser Kranken fürchtet die Gefahr des organischen Herzfehlers, während die überwiegende Mehrzahl nur den Wunsch hegt von den Qualen befreit zu werden die ihren Lebensgenuss beeinträchtigen und ihre Leistungsfähigkeit herabsetzen.

«Nur wenn ich jeder Anstrengung und jeder Aufregung aus dem Wege gehe führe ich ein erträgliches Dasein» oder „Wie soll ich ruhig überlegen wenn mein Herz zum Zerspringen klopft" sind Aussprüche die sich oft wiederholen. Mannigfaltig ist die Art der geschilderten quälenden Empfindungen: ausser dem Klopfen wird über Stechen, Flimmern, Passen, oder ein Gefühl

von Leere in der Herzgegend geklagt. Besonders bezeichnend erscheint mir folgende Schilderung die mir von schärfer beobachtenden Personen fast übereinstimmend mehrfach gegeben wurde. „Es geht mir ganz erträglich bis eine Anforderung an mich herantritt die mich eigentlich nicht im mindesten aufregt, und zu Anfang der Verhandlung stehe ich über der Situation. Da beginnt plötzlich mein Herzklopfen und versetzt mich in einen Zustand von Unruhe den ich am treffendsten mit Hetzegefühl bezeichnen kann. In diesem Gefühl der Hetze spreche oder handle ich unüberlegt und durch das beschämende Gefühl unklug oder falsch vorgegangen zu sein wird mein Zustand natürlich nicht besser. Nicht ich bin es der sich zuerst aufregt, sondern mein Herz im körperlichsten Sinn des Wortes".

Soweit über die subjektiven Beschwerden, in objektiver Hinsicht ist folgendes zu bemerken. Man findet vor allem die Zeichen einer erregten und verstärkten Herztätigkeit, die Pulsfrequenz schwankte zwischen 84 und 120 pro M., der Puls war voll und schnell, der Spitzenstoss war beim Stehen innerhalb oder auf der Mammillarlinie, bei Seitenlage bis 2 Finger breit weiter nach links deutlich zu fühlen. Geräusche nervösen Ursprungs habe ich nicht hören können und Anzeichen von Chlorose lagen nicht vor. Auffallend dagegen war in einigen Fällen das starke Pulsieren der peripheren Gefässe, weshalb man im Hinblick auf dieses Bild von einer Pseudo-Aorteninsufficienz gesprochen hat. Der subjektiv empfundenen Atemnot, die ebenso wie die Herzbeschleunigung sowohl durch psychische Reize als durch körperliche Anstrengung wie z. B. Treppensteigen hervorgerufen wurde, entsprach eine tatsächliche Zunahme der Atemfrequenz. Es wurde besonders über die Unmöglichkeit genügend tief atmen zu können geklagt. Bei einigen Kranken bestand dauernde Pollakurie, bei andern nur vermehrte Absonderung wasserhellen Urins nach starker Erregung. In jedem Falle habe ich zu wiederholten Malen nach den von Dr. S. Kroeger aufgestellten Gesichtspunkten die Schilddrüse untersucht ohne je eine Schwellung zu finden, doch bin ich mir darüber klar, dass mein vergebliches Palpieren noch keineswegs eine beginnende Dystrophie der Thyreoidea auszuschliessen braucht. In Bezug auf ihr Gesamtbefinden war es nicht angängig die betreffenden Personen schlechtweg als nervös oder gar nervenleidend zu bezeichnen. Ich konnte mich vielmehr des Gefühls nicht erwehren, dass die gelegentlich hervortretende nervöse Reizbarkeit nur sekundärer Natur war, umso mehr da die am meisten verbreiteten Nervositätssymptome, wie Kopfdruck, Rückenschmerz, Verstimmung, Gefühl geistiger Leere und körperlicher Schwäche in den Fällen die ich zur Herznervosität rechne ganz fehlten. Wenn bisweilen über Unfähigkeit einzuschlafen und unruhigen Schlaf geklagt wurde, so war der Zusammenhang zwischen diesen Störungen und den Herzbeschwerden offenkundig, und ihre Beseitigung erfolgte mit dem Umwege über das Herz. Der reichlich gefüllte Magen steigerte die Herzbeschwerden in 2 von mir beobachteten Fällen. Ueber Art und Grad der Herzerregung ist zu bemerken, dass sie etwa in der Mitte zwischen der konstant beschleunigten Herztätigkeit der Basedowkranken und den meist seltenen Anfällen der paroxysmalen Tachykardie zu stehen kommt, nicht so unausgesetzt beschleunigt wie die Herzaktion der Basedowischen und weit häufiger aber schwächer als die tachykardischen Attacken.

Im Laufe der Jahre habe ich eine ganze Reihe der hier skizzierten Krankheitsfälle in Behandlung gehabt, doch kann ich mich eben nur auf die Aufzeichnungen der letzten 6 Mon. stützen. Unter 200 Nervenkranken aller Art klagten im ganzen 25 über Herzbeschwerden, 11 davon scheiden als Basedowiker aus, während bei 8 die Herzbeschwerden in sehr verschiedener Weise auftraten und auf ebenso verschiedenen Ursachen beruhten. Die übrig bleibenden 6 entsprechen der von mir soeben geschilderten Herznervosität, die somit ungefähr den 4. Teil sämtlicher Herzinnervationsstörungen und blos 3% meiner Gesamtkrankenzahl ausmacht. Es handelte sich um 5 Herren im Alter von 26—40 Jahren und um eine 42-jährige Dame, die alle 6 rauchten, nur gelegentlich Alkohol genossen, weder an Syphilis, noch an Gelenkrheumatismus oder Gicht gelitten hatten. Die aus Petersb. und den innern Gouvernements stammenden 4 Fälle waren dort ebenso reichlich wie vergeblich mit echten Herzmitteln und starken Douchen bedacht worden. Nach Entziehung aller Gifte incl. Digitalis resp. Strophantus — nur der Dame konnte ich trotz aller Mühe das Rauchen nicht ganz abgewöhnen — nach einigen kühlen Halbbädern und wenigen Bromgaben trat bereits eine bedeutende Besserung des anfänglich schweren Zustandes ein; dem weiteren Fortschritt kamen die durch einen schwedischen Masseur vorzüglich ausgeführten passiven Bewegungen, die den Puls fast jedesmal um 10—20 Schläge herabsetzten, besonders zu statten. Gute Dienste leistete auch das strenge diätetische Regime aus dem ich die Forderung absoluter Ruhe nach den 2 Hauptmahlzeiten besonders hervorheben möchte. Auf eine endgültige Heilung hatte ich nicht gerechnet, doch schieden alle 6 Personen subjektiv und objektiv gebessert aus der 3 bis 8 Wochen währenden Behandlung. Beiläufig sei bemerkt, dass die gleichen Massnahmen im Laufe derselben Zeit bei einigen allgemein neurasthenischen Herzhypochondern so gut wie erfolglos blieben, da sich ihre Befürchtungen und Beschwerden nur nach dem jeweiligen Barometerstande ihrer Stimmung richteten.

Wenn ich zum Schluss den schwankenden Boden der Theorie zu betreten wage, so bin ich mir durchaus bewusst wie unsicher unsere heutigen Kenntnisse vom Zustandekommen der Herzinnervationsstörungen sind. Wenn wir uns aber mit dem bisher gangbaren Begriff der Herzneurosen zufrieden geben wollten, so stände es schlimm mit der Aussicht auf die Vertiefung unseres Wissens, denn über das unzureichende und unbefriedigende des Neurosebegriffs sind alle ernsten Forscher längst einer Meinung. Es ähnelt einem Hause das schon zur Zeit seines Baues zum Abbruch bestimmt ist und wir freuen uns über jede Einschränkung dieses Notbehelfs durch die fortschreitende Forschung. Als einen Beweis für den Fortschritt in dieser Richtung braucht man sich blos zu vergegenwärtigen wieviel seltener der Nervenarzt heute nervöse Symptome für hysterisch zu halten braucht als vor 20—30 Jahren. Nicht wenige klinisch wohl charakterisierte Psychosen und anatomisch sicher gestellte organische Nervenkrankheiten wurden von der hysterischen Neurose älteren Datums abgegrenzt. Ein anschauliches Beispiel einer solchen Abgrenzung gab uns auf dem vorigen Aerztetage Dr. E. Schwarz indem er bei einer Anzahl von vermeintlichen Unfallsneurotikern pathologisch-anatomische Substrate und subtile differentialdiagnostische Merkmale nachwies. Aber für manches wissenschaftliche Problem giebt es ein Stadium, in dem die pathologische Anatomie im Stich lässt, und Strümpel sagt im Hinblick auf das Missverhältniss zwischen dem kräftigen Puls bei Lebzeiten und dem völlig entarteten Herzmuskel der an perniziöser Anämie Gestorbenen, dass es bei dem heutigen Stande unserer Kenntnisse noch unmöglich ist feste Beziehungen zwischen der Herztätigkeit und dem histologischen Befunde nach dem Tode aufzustellen. Auch in nächster Zeit können wir schwerlich auf Klärung dieser Frage durch die path. Anatomie rechnen, umso weniger da sich bekanntlich eine Reihe

führender deutscher Forscher zu einer Lehre bekennt, nach der fast sämmtliche Aeusserungen der Herztätigkeit allein von der Muskulatur des Herzens abhängen sollen. Wer aber die Existenz des Herznervensystems leugnet, kann logischerweise nicht dessen Funktionsstörungen zum Objekt seiner Studien erwählen. Zwar ist das letzte Wort über die sog. myogene Lehre noch nicht gesprochen, und ob es bloss eine Episode der „myogenen Irrungen“ gewesen ist, wie ein Herzphysiologe kürzlich behauptet hat, vermag heute noch niemand zu entscheiden. Wenn man aber bedenkt, dass Heidenhain und Kühne sowie eine ganze Reihe lebender nahmhafter Forscher die myogene Lehre nicht anerkannt haben resp. bekämpfen, so hat man m. E. die vollste Berechtigung an der alten neurogenen Auffassung festzuhalten. Uns Dorpatensern mag es zur besonderen Genugtuung dienen,' dass Bidders Atrio ventricular Ganglienhaufen nicht für eine bedeutungslose Verirrung von Ganglienzellen aus der Embryonalzeit zu gelten braucht und dass die von ihm und Stannius ausgeführten Unterbindungs- resp. Durchschneidungsversuche nach wie vor als klassisch gelten müssen. Und ebensowenig giebt es eine neue Untersuchung oder Ueberlegung die uns zwingen könnte Remaks und Ludwigs automatische Herzganglienknoten aufzugeben, oder auf die Lehre der Gebrüder Weber von der hemmenden Wirkung des Vagus und die der Gebrüder Cyon über die Herzbeschleunigenden Sympatikusfasern zu verzichten. Wollten wir die neurogene Lehre zugunsten der myogenen aufgeben, so brauchten wir konsequenter Weise in den mannigfachen Herzinnervationsstörungen nichts als ein Vorstadium der Herzmuskelerkrankungen zu erblicken, da Uebergänge aus der ersten Gruppe in die zweite immer wieder beobachtet werden. Das wäre zwar einfach und bequem, aber die unbequeme Wahrheit muss dem bequemsten Irrtum vorgezogen werden.

Mit der Ablehnung des Neurosebegriffs und der myogenen Lehre sind wir aber in der Erkentnis des Ursprungs der Herznervosität noch keinen Schritt weiter gelangt. Schon vor 8 Jahren plaidierte ich während der Diskussion zum Vortrag von Dr. v. Engelhardt „Ueber das Sympatikusproblem“ gegen seine Annahme der einmal als gegeben zu betrachtenden Ueberregbarkeit des Sympatikus zu gunsten einer wenn auch hypotetischen endogenen Giftwirkung. Mit grösserer Sicherheit trete ich heute für diese Annahme ein nachdem mir die Cyonschen Tierversuche mit dem von Baumann entdeckten Jodothyrin bekannt geworden sind. Es gelang ihm bei Kaninchen durch Einspritzung einer kleinen Menge dieses Stoffes einen durch Atropin oder Nikotin gelähmten Vagus wieder funktionstüchtig zu machen. Aus diesem und anderen ähnlichen Experimenten zieht er den Schluss, dass unter normalen Bedingungen das Jodothyrin Herz- und Gefässnervensystem in der tonischen Erregung erhält die den jeweiligen Bedürfnissen des Blutkreislaufs entspricht.

Sollte es sich nun bewahrheiten, dass der Jodgehalt in dystrophischen Schilddrüsen abnimmt oder ganz verschwindet, so würde das Fehlen des Jodothyrins die ungenügende Regulierung der Herztätigkeit durch den Vagus erklären, und wir hätten zugleich den Schlüssel für die allbekannte und bisher schwer verständliche Unempfindlichkeit des Vagus gegenüber der sonst so wirksamen Digitalis, die ausser bei diesen Zuständen fast nur noch bei Entartung des Vagus unter Druckwirkung von Tumoren beobachtet wird. Ich habe mich mit dieser Schlussfolgerung der Ansicht von Dr. S. Kroeger genähert, der den geschilderten Symptomenkomplex sobald er die Schilddrüse palpieren konnte, als mildestes resp. frühestes Stadium von Basedow aufgefasst hat. Da es mir in den hierher gehörigen Fällen nicht möglich war eine Schilddrüsenschwellung nachzuweisen, konnte ich mich nicht entschliessen meine Patienten durch die Basedowdiagnose zu erschrecken, bin aber der Ansicht, dass der entscheidende pathologische Faktor in einer der basedowischen zum mindesten nahe verwandten endogenen Vergiftung zu suchen ist, über deren letzte Gründe zur Zeit noch völliges Dunkel herrscht.

Bücheranzeigen und Besprechungen.

Otto Naegeli: Blutkrankheiten und Blutdiagnostik, Lehrbuch der morphologischen Hämatologie. Erste Hälfte. Leipzig 1907.

Die vorliegende erste Hälfte des Buches (208 S.) befasst sich mit den Methoden der Blutuntersuchung, der Physiologie und allgemeinen Pathologie der einzelnen geformten Bestandteile des Blutes. Sie stützt sich vielfach auf eigene Untersuchungen und auf die bereits in grosser Menge vorliegende Literatur, weshalb das Buch jedem, der sich auf diesem Gebiet orientieren will, durchaus zu empfehlen ist. Sonderbar fällt wieder auf, wie wenig Alexander Schmidt's Arbeiten bekannt geworden sind. So sagt z. B. der Verf.: «Bekanntlich hatte Schmidt drei Substanzen als für die Gerinnung notwendig hingestellt, die fibrinogene und die fibrinoplastische Substanz und das Fibrinferment». «Bekanntlich» ist das ein von Schmidt schon lange überwundener Standpunkt. Der Faserstoff wird von der fibrinogenen Substanz allein unter geeigneten Umständen durch das Ferment abgespalten und Schmidt hat selbst den Namen fibrinoplastische Substanz durch die Bezeichnung Paraglobulin ersetzt. Ueberall zeigt sich diese Unbekanntschaft mit Schmidt und seinen zahlreichen Schülern.

Buch.

Garré und Ehrhardt: Nierenchirurgie. Ein Handbuch für Praktiker. Berlin 1907. Verlag von Karger.

Auf dem Gebiet der Nierendiagnostik sind in den letzten Jahren Dank Guyon, Albarran, Nitze, Casper u.a. ungeheure Fortschritte gemacht worden und parallel damit hat man auch den Kreis der operativem Eingreifen zugänglichen Zustände bedeutend erweitert. In dem vorliegenden stattlichen Bande findet der Leser eine detaillierte Uebersicht über den augenblicklichen Stand der Wissenschaft auf diesem Gebiet, und zwar betonen die Verf. im Vorwort, dass es ihnen weniger darauf angekommen ist erschöpfend alle Methoden und angegebenen Verfahren aufzuführen, als gerade einheitlich dasjenige zu schildern, was sich ihnen in der Praxis bewährt hat. Ganz ausgezeichnete Bilder illustrieren einen grossen Teil des Textes und gewisse «typische Verfahren» werden durch ein Bild besser dem Verständnis näher gebracht, als durch weitläufigste verbale Darstellung. — Nur in Hinsicht auf den Wert der funktionellen Nierendiagnostik verhalten sich die Verf., wie es Ref. scheinen will, doch mit etwas zu frostiger Anerkennung. Man braucht ja nicht gerade in den bedingungslosen Lobhymnus einzustimmen, aber etwas mehr als die Verfasser meinen hat man dank der Casper-Richter'schen Methode doch schon zu Wege gebracht.

Ausstattung etc. des Werkes lassen nichts zu wünschen übrig.

Wichert.

Hayek: Die Unverträglichkeit der Arzneimittel. Wien 190 . Manz'sche Buchhandlung.

Unverträgliche Kombinationen von Arzneimitteln werden heutzutage immer leichter vorkommen, da eine grosse Menge neuerer Medikamente dem Arzte hinsichtlich ihrer chemischen Zusammenstellung ganz unbekannt sind. Wenn nun d rartige Stoffe, die einander wechselseitig beeinflussen und womöglich noch zur Bildung anderer im günstigen Falle indifferenter Produkte führen, in einem Rezepte zusammengebracht werden, so können Pat. und Arzt mitunter unliebsame Ueberraschungen erleben. Bisher existierte weder in der deutschen noch in der österreichischen Literatur eine zusammenfassende Darstellung dieser wichtigen Tatsachen und das vorliegende

Buch ist der erste Versuch diesem Mangel abzuhelfen. Das Werk zerfällt in 2 Teile, der erste enthält eine alphabetische Aufzählung der Medikamente und die für dieselben nicht tauglichen Kombinationen. Im 2. Teile sind die Arzneimittel in Gruppen nach ihrer Wirkungsweise gegenüber gewissen Agentien zusammengestellt. Das Ganze ist übersichtlich und für den praktischen Gebrauch geeignet zusammengestellt.

Dem Werke ist in den Kreisen der Aerzte die grösste Verbreitung zu wünschen.

Wichert.

F. von Winckel: Handbuch der Gynäkologie. Dritter Band, III. Teil. Wiesbaden, J. F. Bergmann 1907.

Mit dem vorliegenden dritten Teil des III. Bandes schliesst das monumentale Werk von Winckels. Der Band enthält zunächst den Schluss der Geschichte der Gynäkologie vom Herausgeber bearbeitet. Das kurze der Geschichte der russischen Gynäkologie gewidmete Kapitel ist etwas ärmlich ausgefallen, wenn man es mit der Geschichte anderer Nationen z. B. der der Amerikaner vergleicht. Während die Namen namhafter Fachgenossen fehlen, sind dagegen die Biographien von Aerzten angeführt, die nur wenige Beziehungen zur Gynäkologie gehabt haben z. B. Albanus, Albrecht, Ebermann, Eichwald. Die ausführliche Darstellung der Pathologie und Therapie der Neugeborenen von Seitz, Meyer-Ruegg und Baisch dürfte von allen Geburtshelfern mit Dank aufgenommen und gelesen werden. Die Schlussabteilung ist von Stumpf verfasst und behandelt die gerichtliche Geburtshülfe speziell die Verbrechen wider die Sittlichkeit, die Schwangerschaft in ihrer Bedeutung für die gerichtliche Medizin, die Fahrlässigkeit in der Ausübung der Geburtshülfe, den Kindsmord und die Beschränkung und Aufhebung der weiblichen Fortpflanzungsfähigkeit. Ueberall sind die einschlägigen Gesetzesbestimmungen berücksichtigt. Der Geburtshelfer erhält einen bequemen Wegweiser, nach dem er sich leicht orientieren kann.

Der Schlussband des Werkes schliesst sich sowohl inhaltlich als auch in seiner Ausstattung den früher erschienenen Bänden würdig an. Ein ausführliches Autoren- und Sachregister erleichtert das Nachschlagen und Auffinden jedes Kapitels in dem so überaus umfangreichen Werke. Der Reichtum und die Masse des verarbeiteten wissenschaftlichen Materials suchen vergeblich ihres Gleichen in der Literatur. Das Werk ist ein Ruhmesstein für deutschen Gelehrtenfleiss und deutsche Gründlichkeit.

W. Beckmann.

Mitteilungen aus der Gesellschaft praktischer Aerzte zu Riga.

Sitzung vom 20. Dezember 1906.

Anwesend 36 Mitglieder und als Gäste die DDr. Andreas, Loppenowe, W. v. Holst.

Das Protokoll der letzten Sitzung wird verlesen und angenommen.

Eingelaufen ein Dankesschreiben von Prof. Schirren Kiel auf telegraphischen Glückwunsch zum 80. Geburtstage.

Punkt I der Tagesordnung: Dr. Poorten hält seinen Vortrag über das corpus luteum und corpora lutea Zysten und demonstriert die verschiedenen Formen resp. Entstehungstheorien an Wandtafeln.

Dr. Hach macht auf das im Handel befindliche Präparat Lutein aufmerksam, das gleich dem Ovarin in der Menopause gereicht, Erleichterung schaffen solle durch Schwinden der Wallungen, des Schweisses und des Hitzegefühls; leider habe er es nicht anwenden können, da es hier nicht erhältlich sei.

Dr. Poorten bestätigt auch ohne eigene Versuche anführen zu können, dass das Luteinpräparat von Fränkel von Schauta sehr günstig beurteilt sei und regt zu Versuchen mit diesem Präparate an.

Punkt II. Dr. Hampeln hält seinen Vortrag über maligne Tumore des Mediastinum.

(Autoreferat).

Anknüpfend an seine Mitteilung im Mai über einen Fall von Lymphosarcom des Mediastinums und der linken Lunge giebt H. an der Hand aller von ihm beobachteten Fälle dieser Art einen Ueberblick über das ganze Kapitel der Lymphosarkome und Sarkome des Mediastinum. Diese Neubildungen erscheinen in 2 klinischen Haupttypen, im Typus eines auf das Mediastinum beschränkten und zu den charakteristischen Lokalsymptomen führenden Tumors und im anderen Typus einer auf die Lunge einer Seite fortschreitenden oder sie verdrängenden Neubildung, wodurch ein Krankheitsbild anderer Art entsteht, in dem Lungen und Pleurasymptome vorwiegen können. Alle Fälle seiner Beobachtung boten gerade diesen Typus dar und werden nun eingehender mitgeteilt.

Ihre Haupterscheinungen seien Stauungen im Gebiete der oberen Hohlvene, entweder mehr lokale und periphere oder allgemeine; die eigenartige Oberkörperschwellung, thorakale ausgedehnte Dämpfungen einer Seite und endlich auch oft Zeichen eines Pleuraexsudates. Diese Dämpfungen nehmen bei Tumoren medianwärts oft eine charakteristische unregelmässige Gestalt an und gestatten den Medistinaltumor von einer primären neoplastischen Lungenerkrankung oder indurativer Pneumonie zu unterscheiden. Die Oberkörperschwellung stelle ein sehr wichtiges Merkmal vor, das recht eindeutig auf ein Stromhindernis im Stamm der Cava sup. hinweist. Aneurysma, Lungenwurzel- und Mediastinaltumor kämen hierbei differentialdiagnostisch in Betracht. Dieses die positiven Hauptzüge, denen gegenüber die anderen bei Mediastinal- und Lungentumoren auftretenden Hauptzeichen, wie bronchiektatische, pneumonische, bronchitische, Nerven- und Gefässsymptome, ganz zurücktreten.

Auch die wenngleich meist erst anamnestisch zu konstruirenden Initialsymptome erscheinen ihm beachtenswert. Da die Mediastinaltumoren oft von der Lungenwurzel ausgehen, so habe man es im Beginn der Erkrankung mit darauf hinweisenden Symptomen zu tun, bronchitischen Attaquen auch leichtes Blutspeien, wie in zweien seiner Fälle. Längere Latenz sei bei primärer Entstehung des Tumors im Mediastinum selber zu erwarten.

So sei denn das Krankheitsbild auch bei diesem Typus, trotz seiner Einfachheit charakteristisch genug, doch müsse man sich vor jedem Schematismus, vor jeder Schablone hüten, da jeder Fall auch wieder seine eigenen Züge aufweist. Dennoch dürfte es in den meisten Fällen gelingen, zur sicheren Diagnose zu gelangen.

Dr. Krannhals bedauert, dass er keine Zeit gefunden sein einschlägiges Material durchzusehen, er erinnere sich aber eines Falles seiner Praxis. Ein junger 25-jähriger Mann, der nach vorausgegangener linksseitiger Pleuritis als gesund seinen Militärdienst in Deutschland aufgenommen, erkrankte plötzlich an Hämoptoe, die sich in kurzer Zeit 2 mal wiederholte. Der Befund war nicht charakteristisch, l. v. o. bestand Dämpfung, hinten Zeichen eines Exsudates, dabei katharalisches Sputum, bald darauf jedoch bei offenbar rapidem Wachstum des Tumors ausgesprochene Dämpfung auf dem Sternum mit Herzverdrängung. Trotz vieler Punktionen war meist kein Serum zu erhalten, wohl weil man in die Tumormasse mit der Nadel kam. Es handelte sich um ein markig weiches Spindelzellensarkom mit Metastasen in beiden Lungen. Oberkörperschwellung fehlte ganz, nach 4monatlichem Krankenlager ging Patient unter zunehmender Schwäche zu Grunde, nachdem sich auch noch Metastasen hinten an den Rippen gebildet hatten. — Die Röntgenplatte ergab recht viele kleine Sekundärknoten in den Lungen, die physikalisch gar nicht nachzuweisen gewesen waren, bei der Sektion aber alle bestätigt wurden. — Zweifelhaft sei, ob die Erscheinungen der Pleuritis und die Hämoptoe am Anfang der Erkrankung mit dem Tumor, der später so rapid gewachsen, in Zusammenhang zu bringen seien und ob sie als Frühsymptome aufzufassen seien.

In einem zweiten Falle handelte es sich um ein schwielighartes festes Gewebe mit weicheren Einsprengungen; hier hochgradigste Stauung, Oedem-Zyanose des Rumpfes, sowie Lähmung des linken Stimmbandes.

Dr. Schabert: Unter der, auch vom Vortragenden hervorgehobenen Erscheinung der Mediastinaltumoren, ist die Stauung im Gebiet der oberen Hohlvene eine der wichtigsten. Den excessivesten Zustand dieses, «Cava»symptoms, mitzubeobachten, sei kürzlich im Stadtkrankenhause Gelegenheit gewesen. Der Kranke, bei dem die Diagnose zwischen mediastinaler Neubildung oder Perforation eines Aneurysma in die Cava superior geschwankt hatte, bot ein ebenso unvergessliches wie abschreckendes Bild. Thorax, Hals und Kopf bildeten eine unförmige dunkel-bläuliche Masse wie bei einer Wasserleiche, die Augenlider waren blasenartig, die Lippen rüsselartig vorgetrieben und die Zunge bildete eine dicke erigirte Masse. Die Sektion wies ein in die Cava perforiertes Aneurysma der Aorta ascend. auf. Kommen derartig hochgradige «Cava»symptome auch bei den mediastinalen Neubildungen vor? Bei einer Kompression durch den Tumor sind die Erscheinungen der Cavastauung nie so hochgradig, das

sei bekannt; aber es müsse auch mit Perforation der Cava gerechnet werden und einem Weiterwachsen im Cavastamm, ja ein Hineinwachsen in das Herzlumen, wie das von abdom. Tumoren im Gebiete der unteren Cava bekannt sei; dann erscheine es nicht ausgeschlossen, dass auch die mediastinale Neubildung ein ähnliches excessives Symptom erzeugen könne wie die Perforation eines Aortenaneurysmas, er bitte den Vortragenden sich zu dieser Frage zu äussern.

Dr. Bertels möchte a priori folgern, dass bei Durchbruch eines Aneurysmas in die cava sup. sich auch im Gebiete der cava inf. eine Stauung einstellen müsse. Demgegenüber bemerkt Dr. Hampeln, dass die cava inf. direkt wenigstens unbeteiligt ist, da ja die vena cava sup. zum rechten Vorhof abgeschlossen ist, es mithin zu keiner Stauung im r. Vorhof kommen könne. In Bezug auf den Krannhalsschen Fall bemerkt Dr. Hampeln, dass die profuse Hämoptoe ihre hinreichende Erklärung in den neoplastischen Lungenknoten findet und gewiss auch als Verdacht erregendes Merkmal in Betracht kommt. — Was die diagnostische Bedeutung der Oberkörperschwellung, auf die Dr. Schabert eingegangen ist betrifft, so könne, so lange es sich blos um Kompression der Cava sup handelt, allerdings nicht entschieden werden, wenigstens nicht auf dieses Zeichen hin, ob ein Aneurysma oder ein Neoplasma der komprimirende Gegenstand ist. In der Regel aber führe die Kompression durch ein Aneurysma nicht zur Perforation der Vena Cava sup. u. da bilde sich ein so eigenartiger höchster Grad der Schwellung aus, wie sie wohl kaum bei anderem Grunde entstehen dürfte. Auf dieses Symptom hin sei darum schon wiederholt so auch von ihm in einem Falle die Diagnose des Aneurysma varicosum gestellt worden; dass die Stauung gerade hier einen so einzigartigen Charakter, natürlich auch nicht in allen Fällen annimmt, erklärt sich daraus, dass neben der Kompressionswirkung noch ein sehr wichtiges Moment mitspielt, nämlich das kontinuirliche Zuströmen arter. Blutes in die Venenbahn unter aortalem Drucke. Darauf beruhe die mächtige Stauungserscheinung dieser Fälle zum Unterschiede von der einfachen Kompression oder auch Durchwucherung der Vene in Folge eines Neoplasma.

Dr. von Sengbusch,
d. Z. Sekretär.

Tagesnachrichten.

Personalia.

— Sein 80. Lebensjahr vollendet am 10./23. November der Senior der deutschen Laryngologen und der älteste der Privatdozenten der Berliner medizinischen Fakultät, Geh. Medizinalrat Prof. Dr. Adalbert Tobold, nachdem er im vorigen Jahre bereits sein 50-jähriges Doktorjubiläum gefeiert hat. Zu Anfang seiner ärztlichen Tätigkeit Assistent Langenbecks in der Berliner chirurgischen Klinik, wandte er sich bald dem Gebiete der Kehlkopfkrankheiten zu, für welches gerade durch die Erfindung des Kehlkopfspiegels eine neue Aera begann. Tobold war der erste, der direkte chirurgische Eingriffe vom Munde in die Kehlkopfhöhle zur Entfernung von Geschwülsten ausführte; er hat auch verschiedene Instrumente dazu erfunden und eine wertvolle Sammlung von plastischen Nachbildungen der Kehlkopfkrankheiten in Wachs angefertigt, die er vor kurzem dem Kaiserin Friedrich-Hause für das ärztliche Fortbildungswesen in Berlin dargebracht hat. Sein «Lehrbuch der Laryngoskopie und der chron. Kehlkopfkrankheiten» ist in verschiedene Sprachen übersetzt worden. Der Berliner Universität gehört Tobold seit 42 Jahren als Lehrer an.

— Am 6. November begehen der Professor des klinischen Hebammeninstituts und zugleich Honorarprofessor des klinischen Instituts der Grossfürstin Helene Pawlowna Dr. W. Stroganow und der ältere Ordinator des klinischen Hebammeninstituts Dr. S. Wiridarski das 25-jährige Jubiläum ihrer ärztlichen Tätigkeit.

— Der Oberarzt des Orenburgschen Gouvernementshospitals Dr. Königsberg ist zum Konsultanten für innere Krankheiten beim Orenburgschen Institut Nikolai I., unter Belassung im ersteren Amte ernannt worden.

— Der Zustand des bekannten Berliner Pharmakologen Prof. Oskar Liebreich, der an Arteriosklerose erkrankt ist, erweist sich als ein so ernster, dass er sich veranlasst gesehen hat, seine Professur an der Universität niederzulegen. Wie verlautet, hat er auch seinen Austritt aus allen medizinischen Vereinen erklärt.

— Das durch die Berufung des Professors Dr. de la Camp nach Freiburg erledigte Ordinariat der medizinischen Poliklinik und der Kinderheilkunde an der Universität Erlangen ist dem Prof. extraord. Dr. Friedrich Jamin daselbst übertragen worden. An die Stelle des letzteren wurde der Privatdozent und gegenwärtige Assistent des Klinikers Kraus in Berlin, Prof. Dr. Schittenhelm, als ausserord. Professor für klinische Propädeutik und Geschichte der Medizin in Erlangen berufen.

Nekrologe:

— Verstorben sind: 1) Am 27. Oktober in St. Petersburg Staatsrat Dr. Matthias Ussas, langjähriger Ordinator am hiesigen städtischen Kalinkinhospital, im Alter von 66 Jahren. Der Hingeschiedene war ein ehemaliger Jünger der medico-chirurgischen Akademie, an welcher er 1870 den Arztgrad erlangte, worauf er als Arzt am Kalinkinhospital angestellt wurde. 37 Jahre hindurch ist Dr. Ussas an diesem Hospital mit Erfolg tätig gewesen, anfangs als jüngerer, dann als älterer Ordinator sowie als Leiter der praktischen Beschäftigungen der Hebammen im Erkennen und Behandeln der venerischen und Hautkrankheiten bei Frauen und Kindern in der mit dem Kalinkinhospital verbundenen Suworowschule. Vor einem Monat wurde ihm die Genugtuung zu teil, dass die städtische Hospitalkommission ihn in Anbetracht seiner langjährigen Verdienste zum Direktor des Kalinkinhospitals wählte und diese Wahl auch vom Stadtamte anerkannt wurde. Leider setzte nur zu bald ein plötzlicher Tod seiner Arbeit und seinem Wirken in der neuen Stellung am Kalinkinhospital ein Ziel. Der Verstorbene unterhielt hier auch seit Jahren eine stark frequentierte Poliklinik für Geschlechts- und Hautkrankheiten mit beständigen Betten am Fonarny Pereulok. 2) Am 1. November in Grodno der frühere Gehülfe des Militär-Medizinalinspektors des Kiewschen Militärbezirks, wirkl. Staatsrat Dr. Karl Schmemann, im 63. Lebensjahre, nach fast 40-jähriger ärztlicher Tätigkeit. In der letzten lebte er verabschiedet in St. Petersburg, wo er auch am 6. November beerdigt wird. 3) In Paris Prof. Dr. Sevestre, Mitglied der dortigen Akademie der Medizin, im Alter von 64 Jahren. 4) In Philadelphia Dr. J. C. Simes, früher Professor der Harn- und Geschlechtskrankheiten an der Philadelphia-Poliklinik.

Von Universitäten und medizinischen Instituten.

— Die Zustände an den russischen Universitäten sind noch immer recht trostlose. Unter der studierenden Jugend ist die Autorität der Professoren merklich gesunken. Wie soll das aber auch nicht sein, wenn, wie z. B. in Odessa, die Professoren sich in zwei einander feindliche politische Parteien teilen und die linken Professoren es dazu bringen, dass die Studentenschaft den Boykott über zwei med. Professosen, die zu den politisch gemässigten oder rechten Parteien gehören, verhängt. Man kann sich daher auch nicht über den Unfug und die Ausschreitungen der Studenten an verschiedenen Universitäten wundern. So warf in Odessa der jüdische Student Schor, als er beim Examen in der Anatomie wegen seiner vollen Unwissenheit eine unbefriedigende Zensur erhielt, dem examinierenden Professor Batujew ein Tintenfass an den Kopf, so dass der tintenüberströmte Professor das Examen abbrechen musste. Nach einem späteren Examen erhielt Professor Batujew einen anonymen Brief mit der Forderung, er solle alle Studenten, die das Examen nicht bestanden haben, zum Nachexamen binnen 3 Tagen zulassen, widrigenfalls er getötet werde! — In der militär-medizinischen Akademie kam während des Examens bei Prof. Rein ebenfalls ein Skandal vor. Die Studenten weigerten sich mit dem seit dem Frühjahr von ihnen boykottierten stud. Strömer zusammen examiniert zu werden. Prof. Rein verliess den Saal und überliess seinem Assistenten das Examen. — Auf den Universitäten Kasan und Kiew ist es dazu gekommen, dass diese wegen Obstruktion und ungeziemenden Benehmens der Studenten temporär geschlossen wurden.

Standesangelegenheiten.

— Aerzte in der III. Reichsduma. Wie wir aus den telegraphischen Berichten über die Reichsdumawahlen zusammengestellt haben, sind in die eben eröffnete III. Reichsduma an verschiedenen Orten des Reiches 22 Aerzte gewählt worden, und zwar: in St. Petersburg — der frühere Obermedizinalinspektor Dr. W. v. Anrep (Oktobrist); im Gouv. Archangelsk — der Stadtarzt Dr. N. Mefodjew (Kadett); in Kasan — der Professor der Hygiene Dr. Kapustin (Oktobrist), der Privatdozent Dr. J. Godnew (Oktobrist) und der praktische Arzt Dr. S. Dunajew (Kadett); in Kiew — Dr. Prozenko, ehemal. Stadthaupt (Rechter); in Saratow — der Zarizynsche Arzt Dr. N. S. Rosanow (Sozialdemokrat); in Samara — der Fabrikarzt in Bugulma Dr. N. W. Shdanow (Oktobrist); in Shitomir — Dr. Victor Klopotowitsch (Monarchist); in Tschernigow — der Kreisarzt in Borsna Dr. Paul Rodionow (Rechter); in Kischinew — das Stadthaupt Dr. Sinadino (Rechter); in Woronesh — Dr. Andreas Schingarew (Kadett); in Wladimir — Dr. Subkow (Oktobrist); in Wjatka — der Landschaftsarzt Dr. M. Bakin (Kadett); in Orenburg — Dr. N. W. Terebinski (Friedlicher Erneuerer) und der Baschkir Dr. S. N. Baiburin (Kadett); in Jekaterinodar — Dr. P. Pokrowski, von der nicht zu den Kosaken gehörenden Bevölkerung gewählt (Extremlinker); in Uralsk — Dr. Jeremin, von der Kosakenbevölkerung gewählt (Kadett); in Riga — Dr. Preedkaln, Lette (Sozialdemokrat); in Lomsha — Dr. J. Garassewitsch (Polnische Nationalpartei); in Lodz — Dr. Anton Rzond (Poln. Nationalpartei); in Radom — Dr. J. W. Sswjeshinski (Poln. Nationalpartei). Diese 22 Reichsdumadeputierten gehören also verschiedenen politischen Parteien an, und zwar: der Partei der Kadetten 6, der Oktobristen 5, der Rechten 4, der Sozialdemokraten 2, der polnischen Nationalpartei 3, den friedlichen Erneuerern 1 und den Extremlinken 1.

— Auf der Festsitzung, welche die Gesellschaft der Kinderärzte zu Ehren ihres Ehrenmitgliedes, des Leibpädiaters Dr. Rauchfuss, anlässlich des 50-jährigen Jubiläums seiner ärztlichen und sozialen Tätigkeit im Saale der Stadtduma am 28. Oktober veranstaltete, wurden dem Jubilar zahlreiche Ehrungen zuteil. Die Russische Gesellschaft zur Wahrung der Volksgesundheit überreichte dem Jubilar das Ehrenmitgliedsdiplom der Gesellschaft und die Urkunde über die Verleihung der goldenen Medaille auf den Namen Alexander II.; ausserdem hat diese Gesellschaft die Stiftung eines Stipendiums auf den Namen des Jubilars im Betrage von 1000 Rbl. bei den Kinderheilkolonien beschlossen. Vom hiesigen weiblichen medizinischen Institut ist der Jubilar ebenfalls zum Ehrenmitgliede gewählt worden und die Stadtverwaltung von Petersburg hat beschlossen, eine der städtischen Krankenbaracken nach dem Jubilar zu benennen.

— Betreffs der Erteilung von Arztdiplomen an Personen weiblichen Geschlechts, die die Prüfung in den medizinischen Kommissionen bei den russischen Universitäten bestanden haben, ist folgende Allerhöchst bestätigte Resolution des Ministerrats publiziert worden: Den russischen Universitäten wird das Recht verliehen, den Personen weiblichen Geschlechts, die ein Diplom ausländischer Universitäten über den Grad eines Doktors der Medizin besitzen und die einen Nachweis darüber vorgestellt haben, dass sie eine Bildung erhalten haben, die ihnen das Recht zum Eintritt in das St. Petersburger weibliche medizinische Institut verleiht, diesen Personen an Stelle der ihnen bisher von den Universitäten erteilten Zeugnisse über den Grad eines Arztes (свидѣтельство на званіе врача) Arztdiplome (дипломы на званіе лѣкаря) mit allen im Art. 44 des Medizinalstatuts gewährten Rechten (Swod Sakonow, Band XIII. Ausgabe vom Jahre 1905) zu verabfolgen.

— Verhaftungen von Aerzten. In Warschau wurden als politisch verdächtig die dortigen Aerzte Wychowski, Jankowski und Sachs arretiert. Dr. Sachs, der die Flucht ergriff, wurde auf der Strasse handfest gemacht.

Verschiedene Mitteilungen.

— Das erste klimatische Sanatorium für Augenkranke in Russland wird am 1. Dezember in Jalta in dem eigenen Gebäude des Blindenkuratoriums eröffnet werden.

— Die St. Petersburger Stadtverwaltung hat von der Medizinalverwaltung die Konzession zur Eröffnung einer städtischen Apotheke erhalten, doch ist die Eröffnung derselben im Moskauer Stadtteil von dem Verein Petersburger Apotheker beanstandet worden, welcher die Gesetzmässigkeit dieser Konzessionserteilung anstreitet.

— Ein Konkurs um die im Jahre 1910 fällige Prämie des Akademikers Sagorski ist von der Konferenz der militär-medizinischen Akademie ausgeschrieben worden. Die Prämie, welche 5000 Rbl. beträgt, kann nur für Originalwerke über die verschiedenen Zweige der Anatomie oder auch für Vervollkommnungen in der Herstellung anatomischer Präparate zuerkannt werden. Der Entermin zur Einreichung der Arbeiten ist der 18. April 1910.

— Die Unkosten, welche dem Ministerium der Wegekommunikation durch die Massnahmen zum Schutz vor der Cholera erwachsen sind, betragen für den Zeitraum der ersten fünf Monate gegen 500,000 Rbl.

— Den Titel «Amerikanischer Zahnarzt», «in Amerika staatlich approbierter Zahnarzt» und gleichbedeutende Titel in öffentlichen Bekanntmachungen, an Türschildern, in Mitteilungen u. s. w. zu führen, ist in Deutschland nunmehr durch Urteil des Reichsgerichts endgültig verboten worden.

— Vom Minister des Innern ist soeben die Erlaubnis zur Einberufung des II. Kongresses der Gesellschaft russischer Gynäkologen und Geburtshelfer erteilt worden. Der Kongress wird vom 28.—31. Dezember d. J. in Moskau stattfinden.

Bf.

— Die Gesamtzahl der Kranken in den Zivilhospitälern St. Petersburgs betrug am 27. Okt. d. J. 11934 (209 mehr als in der Vorwoche), darunter 785 Typhus — (3 wen.), 990 Syphilis — (7 wen.), 380 Scharlach — (26 mehr), 275 Diphtherie — (10 mehr), 62 Masern — (0 mehr), und 5 Pockenkranke — (0 mehr als in der Vorw.).

— Die Gesamtzahl der Sterbefälle in St. Petersburg betrug in der Woche vom 21. bis zum 27. Okt. d. J. im ganzen 688 (380 M., 308 W.), darunter an folgenden Krankheiten:

Typhus exanth. 0, Typhus abdom. 27, Febris recurrens 2, Typhus ohne Bestimmung der Form 0, Pocken 0, Masern 23, Scharlach 24, Diphtherie 20, Croup 0, Keuchhusten 8, Kroupöse Lungenentzündung 17, Erysipelas 4, Grippe 4, Katarrhalische Lungenentzündung 58, Ruhr 2, Epidemische Meningitis 0, Akuter Gelenkrheumatismus 0, Parotitis epidemica 0, andre Krankheiten 234, Anthrax 0, Hydrophobie 0, Puerperalfieber 1, Pyämie und Septicaemie 12, Tuberkulose der Lungen 92, Tuberkulose anderer Organe 17, Alkoholismus und Delirium tremens 9, Lebensschwäche und Atrophia infantum 42, Marasmus senilis 19, Krankheiten des Verdauungskanals 73, Totgeborene 48.

✦ Nächste Sitzung des Vereins St. Petersb. Aerzte: Dienstag, d. 13. Nov. 1907.

Tagesordnung: Fuhrmann: Ueber fieberhafte Darmerkrankungen der ersten Lebenstage.

Entgegennahme der Mitgliedsbeiträge.

✦ Nächste Sitzung des Deutschen ärztlichen Vereins: Montag, d. 19. Nov. 1907.

Tagesordnung: Zeidler: Zur Kasuistik der Erkrankungen der Gallenwege.



Adressen von Krankenpflegerinnen:

Gertrud Gensz, Казанская ул., д. 11, кв. 20.

Charlotte Holstein, Казанская ул., д. 11, кв. 20.

Im Deutschen Alexander-Hospital wird Nachweis erteilt über zur Zeit dienstfreie **Pfleger und Pflegerinnen für die** private Krankenpflege (gegen Zahlung von 50 Kop.

Adressen von Krankenpflegerinnen:

Frl. **Pauline Winkel**, Конногвардейскій переулокъ 4, кв. 2.

Herausgeber Dr. Rudolf Wanach. Buchdruckerei v. A. Wienecke Katharinenhofer Pr. № 15.

XXXII. JAHRGANG. ST. PETERSBURGER Neue Folge XXIV. Jahrg.

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Redaktion von

Prof. Dr. Karl Dehio. Dorpat.

Dr. Johannes Krannhals. Riga.

Dr. Rudolf Wanach. St. Petersburg.

Die „St. Petersburger Medizinische Wochenschrift" erscheint jeden Sonnabend.—Der Abonnementspreis ist in Russland 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr inkl. Postzustellung; in den anderen Ländern 20 Mark jährlich, 10 Mark halbjährlich. Der Insertionspreis für die 3mal gespaltene Zeile in Petit ist 20 Kop. oder 45 Pfen.—Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt. - Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.

Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate bittet man ausschliesslich an die Buchhandlung von K. L. Ricker in St. Petersburg, Newsky-Prospekt № 14, zu richten. — Manuskripte sowie alle auf die Redaktion bezüglichen Mitteilungen bittet man an den geschäftsführenden Redakteur Dr. R. Wanach in St. Petersburg, Petersb. Seite, Alexandrowski Pr. 6 zu richten. Sprechst. Dienstag, Donnerstag und Sonnabend 5—6.

№ 45 St. Petersburg, den 10. (23.) November. 1907.

Zur Aetiologie der acquirierten Frigidität der Frau.

Von

Dr. Pfaff.

Vortrag, gehalten am 11. Mai 1907 in der Dorpater medizinischen Gesellschaft.

Meine Herren! Ich will Ihnen in Folgendem über 2 Fälle meiner Beobachtung berichten, in denen es höchst wahrscheinlich ist, dass sowohl die Libido sexualis als auch das Wollustgefühl durch einen protrahierten Ikterus verloren gegangen sind, was, soviel mir aus der Litteratur bekannt ist, bisher noch nicht beschrieben worden ist.

Doch vorher noch einige Worte zum Wesen des Geschlechtstriebes des Weibes und seinem Verhältnis zur Fruchtbarkeit.

Der bewusste, heterosexuelle Geschlechtstrieb des Weibes, der durch Reifungsvorgänge der Graaf'schen Follikel im Eierstocke ausgelöst wird, tritt mit der Pubertät zugleich auf und dauert normaler Weise bis zum Klimakterium an, kann dasselbe aber auch überdauern. Seinem Wesen nach umfasst er nach Hegar („Der Geschlechtstrieb") zwei eigentlich getrennte Dinge, 1) den Begattungstrieb, d. h. das sinnliche Streben nach fleischlicher Vereinigung mit einer Person des anderen Geschlechts und 2) den Fortpflanzungstrieb, etwas Höheres, ein den Geschlechtstrieb gewissermassen adelndes Attribut, das nur dem menschlichen Geschlechtstriebe anhaftet und beim Weibe wohl stärker entwickelt sein dürfte, als beim Manne.

In Bezug auf die Intensität des weiblichen Geschlechtstriebes gehen die Ansichten der Forscher weit auseinander; während einerseits sehr erfahrene Gynäkologen wie Hegar, Litzmann („Erkenntnis und Behandlung der Frauenkrankheiten"), P. Müller („Handbuch der Frauenkrankheiten") und andere behaupten, dass die Libido bei der Frau überhaupt eine sehr geringe sei, bestreiten das Runge („das Weib in seiner geschlechtlichen Eigenart"), Kisch („Sterilität des Weibes") und Rohleder (Vorlesungen über Sexualtrieb und Sexualleben des Menschen") und erklärt letzterer das Urteil der obengenannten Gynäkologen dadurch, dass sie eben nur kranke Frauen zu Gesicht bekommen haben. Mantegazza („Physiologie des Weibes" und „Hygiene der Liebe") ist in seinen Studien über diese Frage zu der Ueberzeugung gelangt, dass hierin das Weib zwischen weit auseinander liegenden Polen schwankt, indem es ebensowohl das Maximum der erotischen Gleichgültigkeit als auch das Maximum der Libido zeigen kann, während bei dem Manne die persönlichen Unterschiede geringere sein sollen.

Im Allgemeinen macht es aber doch den Eindruck, als ob der Geschlechtstrieb in Kulturländern beim Weibe geringer wäre als beim Manne und will ich die Urteile Krafft-Ebings („Neuropathia sexualis feminarum") und Hammonds („Sexuelle Impotenz beim männlichen und weiblichen Geschlechte") über diese Frage wörtlich wiedergeben. Ersterer sagt: „Aber auch Einflüsse der Kulturentwickelung und Züchtung (Erziehung) haben sich im Laufe der Jahrtausende geltend gemacht. Sie haben dazu beigetragen, dass das Weib züchtig, enthaltsam, zurückhaltend auf der heutigen Kulturstufe erscheint. Beim Kulturweib spielt der Sexualtrieb nicht

jene dominierende Rolle wie beim Manne. Bei dem normal organisierten Mädchen bleibt die vita sexualis ruhend bis auf mehr oder oder weniger unbewusst bleibende geringfügige Regungen und findet seine Wirkung und Entfaltung erst mit dem ehelichen Verkehr".

Hammond sagt darüber: „Wir dürfen nicht vergessen, dass das Weib im Allgemeinen einen weit geringeren Geschlechtstrieb besitzt als der Mann. Die Natur hat dieses schon um der Reinheit des Familienlebens willen sehr weise eingerichtet. Die ganze weibliche Erziehung in zivilisierten Ländern, und die Beschränkungen, die dem Weibe durch Sitte und guten Ton auferlegt werden, sind vielmehr dazu angetan, die Entwickelung des Sexualtriebes zu beeinträchtigen. Es würde für die Zukunft des Menschengeschlechtes vorteilhaft sein, wenn durch Erziehung auch dem männlichen Geschlechte eine gleiche Zurückhaltung angewöhnt werden könnte".

Der geschlechtliche Akt setzt nun, wofern er dem Weibe die natürliche Befriedigung gewähren soll, nicht nur den Geschlechtstrieb, sondern auch das Wollustgefühl voraus, welch' letzteres in der Clitoris, dem Sitze der Krause'schen Genitalnervenkörperchen, in welche die feinsten Endigungen des Nerv. pudend. commun. eintreten, ausgelöst wird. Beide Empfindungen können dem Weibe sowohl zugleich als auch einzeln fehlen. Daneben unterscheidet Rouband noch einen Zustand von sexueller Kälte, oder wie Eulenburg sagt „sexueller Appetitlosigkeit" den ersterer Frigiditas organica idiopathica nennt, bei dem nur selten eine ganz geringe Neigung zum sexuellen Verkehr vorhanden ist, und das Wollustgefühl entweder ganz fehlt oder nur in sehr geringem Grade vorhanden zu sein pflegt.

Frauen mit eben gekennzeichnetem Zustande sind nun, glaube ich, in der Sprechstunde des Arztes keine Seltenheit und habe ich in jedem Jahre mehrere derselben zu untersuchen Gelegenheit gehabt. Soweit ich mich erinnere handelte es sich dabei fast immer um Frauen, die mich eigentlich ihrer Sterilität wegen aufsuchten und die dann nachher auf Befragen den Zustand ihrer Fridigität beschrieben. In 2 Fällen wurde ich von Ehemännern der Frigidität ihrer Frauen wegen konsultiert, und erinnere ich mich, dass auch in diesen Fällen Sterilität vorlag, doch habe ich die betreffenden Frauen nachher nicht zu Gesicht bekommen.

Was nun den Zusammenhang zwischen Frigidität und Sterilität anbetrifft, so glaube ich, dass er grösser ist, als vielfach angenommen wird. Speziell die ovarielle Sterilität wird wohl wahrscheinlich in den allermeisten Fällen Frigidität zur Folge haben. Ausgenommen hiervon sind natürlich die Fälle von Sterilität auf rein mechanischer Grundlage, wie durch Tubenverschluss, Lageveränderungen des Uterus, Atresien u. s. w. und umgekehrt vielleicht eine Reihe derjenigen Fälle von Frigidität, in denen letztere durch Aversion dem betreffenden Consors gegenüber hervorgerufen ist. Doch auch in Bezug auf letztere sagt v. Guttzeit, dass die von ihren Männern sterilen Frauen so lange kinderlos bleiben, bis Herzensneigung und Gelegenheit ihnen die Möglichkeit geben das Vergnügen kennen zu lernen, dessen sie bis dahin entbehrt hätten, wo dann oft rasche Schwängerung erfolgte. Dass die gegenseitige Abneigung der Ehegatten die Ursache einer fakultativen Sterilität resp. Dyspareunie sein kann, haben schon scharfsinnige Naturforscher und Beobachter des menschlichen Lebens und Treibens, wie Haller, Aristoteles u. a. erkannt. (Beispiele — Napoleon und Ploss's Bemerkungen über die Masuren). Auch das umgekehrte wird sich folgerichtig nicht leugnen lassen, dass nämlich gegenseitige Zuneigung ein die Konzeption begünstigendes Moment ist und hat Darwin in seiner „Geschlechtlichen Zuchtwahl" schon für die Tierwelt das Bestehen eines solchen Verhältnisses beschrieben.

Auffallend ist die Statistik von Duncan („Sterilität bei Frauen") nach welcher er unter 101 sterilen Frauen 39 ohne Libido sexual. und 62 ohne Wollustgefühl angetroffen hat. Dann hat Hegar darauf aufmerksam gemacht, dass die Kastration, wenn auch nicht regelmässig, so doch sehr häufig ein Erlöschen, oder Herabminderung des Geschlechtstriebes und Wollustgefühles zur Folge hat. Das zeigen auch die Statistiken anderer Autore. Glaevecke fand den Geschlechtstrieb in 78%, das Wollustgefühl in 69%, Pfister den Geschlechtstrieb in 73%, das Wollustgefühl in 76,4% der Fälle vermindert resp. erloschen. Alterthum („Die Folgezustände nach Kastration und die sekundären Geschlechtscharaktere", Hegar — Beiträge) fand unter 38 Fällen von Kastration in 68,4%, Erlöschen resp. Herabminderung des Geschlechtstriebes, in 68,6% des Wollustgefühles.

Als ätiologische Momente kommen für die Anästesia sexualis und die Frigidität nach Krafft-Ebing in Betracht Psychosen (Melancholie) Neurosen (Hysterie, Neurasthenie) und allgemeine Ernährungsstörungen (Diabetes, Morphinismus, Alkoholismus), für das Fehlen des Wollustgefühles, die Dyspareunia hochgradige Kleinheit oder gänzliches Fehlen der Clitoris, oder eine derartige Anordnung derselben, dass sie unter den gegebenen Verhältnissen nicht berührt resp. gereizt wird.

Ich komme nun zu den von mir beobachteten Fällen:

Vor etwa einem Jahre wandte sich an mich eine junge Frau von 26 Jahren, die seit 1 Jahre verheiratet war mit Klagen über allgemeines Unbehagen, Schwindel, Appetitlosigkeit und gelegentliche gemütliche Depressionen. Sie teilte mir mit, dass sie 3 Monate nach ihrer Verheiratung angeblich nach einer Influenza eine Gelbsucht durchgemacht hätte, die ca. 3 Wochen angedauert hatte und datierten alle ihre Beschwerden seit dieser Zeit. Ihre Menstruation war vor dem Ikterus regelmässig, wenn auch mit kleinen Verspätungen eingetreten, während sie nachher alle 2—3 Monate auftrat und dann 5—6 Tage profus anhielt. Kein Fluor albus, keine Schmerzen. Nach einiger Zeit machte sie mir dann die Mitteilung, dass sie nach dem Ikterus wie mit einem Schlage sowohl die Libido wie auch das Wollustgefühl verloren hätte, was sie beides vorher sehr wohl gekannt hatte.

Es handelte sich um eine hagere, anämische Frau mit gesundem Herzen und gesunden Lungen. Die Mammae waren klein, doch entwickelt. Im Urin weder Eiweiss noch Zucker. Rechte Niere tiefstehend. Die gynäkologische Untersuchung ergab folgenden Befund: Uterus klein, doch nicht etwa infantil, lag retroponiert. Portio schlank, virginell, Tuben nicht zu fühlen. Ovarien beide palpabel, frei beweglich. Die Frau hat bis jetzt, also 2 Jahre nach der Verheiratung nicht koncipiert, trotzdem ich beim Manne gesunde Spermatozoen nachweisen konnte. Ihre Frigidität besteht heute wie vordem, trotzdem ich neben roborierender Diät Eisen mit Arsen, Wannen und versuchsweise auch Yohimbin angewandt habe.

Im 2. Falle handelte es sich um eine Frau von 32 Jahren die 8 Jahre verheiratet ist und 2 Mal geboren hat, das erste Mal vor 6 Jahren, das zweite Mal vor ca. 4 Jahren. Beide Geburten waren relativ leicht gewesen, nur hatte sie nach der zweiten Geburt etwa 4 Wochen mit Fieber und Unterleibsschmerzen zu Bett gelegen. Der sie behandelnde Arzt hatte eine «innerliche Entzündung» konstatiert. Sie klagte auch jetzt noch über häufige Unterleibsschmerzen, besonders vor und während der Menstruation und starken Fluor albus. Die Menstruation war regelmässig, 6—8 täg. profus. Der eigentliche Grund, der sie zu mir führte, war ihre Kinderlosigkeit seit 4 Jahren. Dann gab sie mir noch auf mein Befragen an, sie hätte vor jetzt 2 Jahren eine über 2 Wochen dauernde Gelbsucht durchgemacht, ohne Schmerzen und ohne dass sie sich deswegen zu Bett gelegt hätte. Bei der Cohabitation hätte sie seit der letzten Geburt immer Schmerzen gehabt, doch hätte sie dieselbe vor der Geburt immerhin noch befriedigt, während ihr nach der Gelbsucht sowohl Libido als auch Wollustgefühl ganz verloren gegangen seien und nur der Schmerz nachgeblieben sei.

Status: Pat. von mässiger Korpulenz, wohl aussehend. Herz und Lungen gesund. Im Urin weder Eiweiss noch Zucker. Gynäkologischer Befund: Portio gerötet, rechts Kerbe; an der hinteren Lippe Ersoion; reichliche Se-

kretion von eitrigem Schleim ex utero. Uterus retrovertiert, beim Versuche ihn zu heben empfindet Pat. lebhafte Schmerzen. Tuben beiderseits fast fingerdick, druckempfindlich. Ovarien vielleicht etwas vergrössert, das rechte fest fixiert, das linke in seiner Beweglichkeit behindert.

Unter entsprechender Behandlung ist mittlerweile die Erosion geheilt, der Fluor ist wesentlich geringer geworden und gab die Pat., als ich sie vor ca. 4 Wochen zuletzt sah zu, die Schmerzen seien seltener und geringer geworden, doch habe sich an ihrer Frigidität wenig geändert.

In vorliegendem Falle kann nun die Sterilität hinreichend durch die Retroversio, die Endometritis und den sehr wahrscheinlichen Tubenverschluss erklärt werden, doch bleiben die strikten Angaben der Pat. in bezug auf ihre Frigidität sehr interessant.

Auch in diesem Falle habe ich das Aphrodisiacum Yohimbin ohne jeden Erfolg angewandt.

Ich konnte mir den eventuellen Zusammenhang zwischen Ikterus und Frigidität nicht erklären und fand auch in der Literatur, soweit sie mir zugänglich war, keine diesbezüglichen Angaben. Erst nach den Veröffentlichungen von Hippel und Pagenstecher bin ich auf den Gedanken gekommen, dass es sich hierbei eventuell um eine Wirkung des Cholins handeln könnte.

Nachdem Benjamin und v. Reuss (Münch. Med. Woch. Nr. 38, 1906) nachgewiesen hatten, dass durch die Radium- und Röntgenbestrahlung im lebenden Organismus Lecithin in Cholin gespalten würde und es Werner und Exner (Wiener Klin. Woch.) gelungen war eine Reihe der biologischen Wirkungen der Röntgen- und Radiumstrahlen durch Cholininjektionen zu erreichen, machten Hippel und Pagenstecher (Münch. Med. Woch. Nr. 38, 1906 und Nr. 10, 1907) Versuche mit Cholininjektionen an graviden Kaninchen.

Das Cholin, mit der Formel $C^5 H^{15} NO^2$ ist nach Kobert identisch mit dem Bilineurin von Liebreich und wurde zuerst 1862 in der Galle des Schweines gefunden. Später wurde es aus den verschiedensten Pflanzen, aus tierischen und menschlichen Organen und auch aus Hühnereiern dargestellt. Bei der Fäulnis entsteht es reichlich aus dem Zerfall von Protagon und Lecithin. Auch von Bakterien wird es gebildet.

Hippel und Pagenstecher injizierten Kaninchen vom 2. bis 7. Tage nach der Belegung beginnend, an 7 aufeinanderfolgenden Tagen Cholinlösung in verschiedener Konzentration und kamen dabei zu ganz überraschenden Resultaten. Unter 14 mit Cholin injizierten Tieren blieben 10 steril, bei zweien war ein Teil der Früchte zu Grunde gegangen. Nur 2 lieferten normale Würfe. Von diesen hatte eines die sonst verwendete Minimaldosis, das andere weniger als die Hälfte derselben erhalten. Die Frage, ob es zum Abort oder zur Resorption der Embryonen gekommen ist, haben sie zur Zeit noch nicht entscheiden können, neigen aber zu der Ansicht, dass es sich um eine Resorption gehandelt hat.— In 2 Fällen konnten sie konstatieren, dass die einmal mit Cholin behandelten Kaninchen nach späterer Belegung steril blieben.

Auch von Werner und Lichtenberg (Deutsch. Med. Woch. Nr. 39, 1906) sind später ähnliche Versuche angestellt worden und gelang es ihnen zu konstatieren, dass vorher fruchtbare Kaninchen durch Cholininjektionen sterilisiert wurden und während einer 6-monatigen Beobachtungsdauer auch steril blieben.

Erwähnen möchte ich noch die Tatsache, dass Benjamin und Sluka bei 2 männlichen Kaninchen ein Erloschensein sowohl der Libido als auch der Zeugungsfähigkeit als Folge der Röntgenbestrahlung konstatierten.

Es ist mir leider nicht möglich gewesen das Blut Ikterischer auf ein eventuelles Vorhandensein von Cholin zu untersuchen, doch ist ein Vorhandensein von Cholin im ikterischen Blute nicht undenkbar, da der Ikterus eine Intoxikation kombinierten Ursprunges ist, die sowohl durch die giftigen Bestandteile der Galle als auch durch die intermediären Stoffwechselprodukte, welche durch die Funktionsstörung der Leber nicht weiter verarbeitet werden können, entsteht (Landau, tierphysiol. Inst. Berlin). Dazu kommt noch die Wirkung der im schlecht desinfizierten Darme durch Eiweissfäulnis entstehenden Ptomaine und die Tatsache, dass die Abnahme der Alkalescenz des Blutes um so grösser ist, je länger der Ikterus dauert.

Auch für den Fall, dass es sich in den von mir mitgeteilten Fällen tatsächlich um eine Cholinwirkung gehandelt haben sollte, bliebe dann noch die interessante Frage offen, ob es sich dabei um eine Wirkung auf die Ovarien, oder auf das spinale Ejakulationszentrum, oder etwa auf alle 3 Faktore gleichzeitig gehandelt hat.

Es wäre mir sehr interessant zu erfahren, ob vielleicht einem der Herren Kollegen in seiner Praxis auch ein Zusammenhang zwischen protrahiertem Ikterus und Frigidität resp. Sterilität aufgefallen ist.

Es ist diese meine kleine Arbeit gewiss mehr eine Arbeit der Kalkulation als eine experimentellen Forschens, doch wollte ich die Veröffentlichung meiner Beobachtungen nicht unterlassen, weil doch eventuell bei lange dauerndem Ikterus durch eine rasche den Stoffwechsel berücksichtigende Behandlung, etwa durch Bäderkuren, solchen Schädigungen, die nicht nur das Wohlbefinden des Einzelnen, sondern auch ein Eheglück gefährden können, vorgebeugt werden könnte.

Referate.

Svante Arrhenius: Den fysikaliska kemiens användning inom immunitets läran. Hygiea 1907, H. 1, S. 1.

«Fast sämtliche fremde Körper, in die Blutbahn eines Tieres gebracht, lassen das Tier in seinem Blut einen oder mehrere Stoffe erzeugen, die hemmend auf den eingespritzten Körper einwirken. Stellt dieser eine Lösung dar, so kann der neue im Blute gebildete Stoff den eingespritzten Körper chemisch binden, in löslicher oder unlöslicher Form. Im ersteren Falle wird der neugebildete Stoff Antikörper oder Antitoxin, im zweiten Präzipitin genannt. Bildet der injizierte Körper eine Emulsion, z. B. von Bakterien oder Blutkörperchen, so bewirkt der neugebildete Körper entweder eine Auflösung der eingeführten Zellen und wird dann Lysin genannt, oder er beeinflusst die eingebrachten Zellen in der Weise, dass sie mit einander verkleben, unbeweglich werden und ihre Lebensfähigkeit verlieren; er wird dann Agglutinin genannt. Alle diese Präparate werden auch Antikörper oder auch Immunkörper genannt, weil sie das Versuchstier selbst oder andere Tiere denen Blutserum des Versuchstieres eingespritzt wird, widerstandskräftig oder immun macht gegen die in Rede stehenden Fremdkörper, man sagt, die Tiere werden immunisiert».

Des Verfassers jahrelangen Untersuchungen, z. T. mit Madsen und Anderen führen zum Resultat, dass die studierten Erscheinungen rein chemische Reaktionen darstellen und «den Gesetzen unterworfen sind, welche die physikalische Chemie für gewöhnliche chemische Reaktionen festgestellt hat», ja «die Gesetze des chemischen Gleichgewichts üben nirgend einen so beherrschenden Einfluss wie in der physiologischen Chemie, soweit dieselbe daraufhin untersucht worden ist, d. h. eigentlich im Gebiet der Immunkörper». «Man kann sagen, dass es im ganzen Gebiet der Immunitätslehre gelungen ist die Prinzipien der physikalischen Chemie auf eine Weise durchzuführen, welche auch die noch vor wenigen Jahren kühnsten Hoffnungen übertrifft».

Das Arbeitsgebiet des berühmten Chemikers berührt in vielen Punkten das unseres Alexander Schmidt. Auch dieser hat immer und immer wieder die rein chemische Natur

der von ihm untersuchten Vorgänge im Blut betont und nachgewiesen, dass sie einfache chemische Reaktionen darstellen.

Leider nun scheinen Arrhenius Schmidt's Arbeiten unbekannt zu sein, was zwar bei einem Vertreter der physikalischen Chemie erklärlich aber darum nicht weniger bedauerlich ist. Er sagt z. B.: «Die Präzipitine zeigen viele Analogieen mit den Agglutininen und unzweifelhaft hängt die Wirkung der Agglutinine mit einem Koagulationsprozess zusammen, wie Duclaux schon lange hervorgehoben hat. Dieser Umstand erklärt die Analogieen». Für den Kenner der Schmidt'schen Arbeiten ist dies nicht mehr hypothetisch sondern selbstverständlich. Wir erkennen sowohl in der Agglutinierung als in der Präcipitierung die Wirkung der zymoplastischen Substanzen, eigentlich des durch sie abgespaltenen Fibrinferments, das Schmidt Thrombin nennt, während Arrhenius von Plasmase spricht, offenbar in Analogie mit Diastase, Lipase u. s. w., während das Wort Thrombin in Analogie mit Pepsin, Trypsin und anderen Fermenten gebildet ist. Man müsste dann konsequenter Weise auch diese Begriffe in Peptase, Treptase u. s. w. umbenennen.

Ebenso ist uns Arrhenius' Angabe selbstverständlich, dass die Agglutinierung nicht ohne Anwesenheit von Neutralsalzen möglich ist, denn erstens sind diese, wie Schmidt gezeigt hat, notwendig für die Thrombinentwickelung, und zweitens ist die Ueberführung des Faserstoffs aus der kolloidalen, flüssigen in die feste Form, ganz wie bei der Kieselsäure, nicht möglich ohne Neutralsalze.

Aehnliche Gesichtspunkte liessen sich noch mehrfach geltend machen, doch verzichte ich darauf, weil diese Besprechung ohne hin schon aus dem Rahmen eines Referats herauszufallen droht.

Eine Untersuchung der von Schmidt beschriebenen durchaus konstanten Reaktionen nach den Prinzipien der physikalischen Chemie und die chemische Bestimmung mancher von Schmidt nur in physiologischer Hinsicht untersuchten Stoffe wie z. B. des gerinnunghindernd wirkenden nicht eiweissartigen Moleküls, das an das Cytoglobin und Präglobulin gebunden ist und von diesen durch Erhitzen abgespalten werden kann, u. s. w. würde sowohl für die Physiologie und Pathologie als wahrscheinlich auch für die physikalische Chemie selbst zu ungeahnten bedeutsamen Resultaten führen.

Man darf mit Spannung die hochwichtige im Druck befindliche ausführliche Arbeit des Verfassers erwarten, die in deutscher und englischer Sprache erscheinen wird.

Max Buch.

Bücheranzeigen und Besprechungen.

Handbuch der Massage und Heilgymnastik für praktische Aerzte von Dr. Anton Bum, Privatdozent an der Wiener Universität. Vierte, vermehrte und verbesserte Auflage. Mit 184 Holzschnitten, zum Teil nach photographischen Momentaufnahmen. Urban und Schwarzenberg, Berlin und Wien 1907. 372 S.

Wir können das vorliegende Buch als zu den besten auf dem einschlägigen Gebiete zählen. Nicht nur der praktische Arzt, der sich erst mit der Mechanotherapie bekannt machen will, sondern auch der Spezialarzt finden hier eine zuverlässige Zusammenstellung alles Wissenswerten auf dem Gebiete der Mechanotherapie und infolge der langjährigen Erfahrung des Autors bewährten Rat in allen einschlägigen Fällen. Das Buch zerfällt in einen allgemeinen und speziellen Teil. Im ersten (S. 3—121) werden die Geschichte und Technik der Massage und Gymnastik, sowie deren physiologische Wirkungen besprochen. Im speziellen Teil (S. 121—372) ist der Anwendung der Massage bei Erkrankungen der Respirationsorgane, namentlich der Nasen-, Rachen- und Kehlkopfkrankheiten von Dozent Laker in Graz ein grosses und sorgfältig bearbeitetes Kapitel gewidmet. Bei der Besprechung der Zirkulationsorgane hat die Herzmassage eine eingehende Darstellung erfahren. Die Frenkelsche Ataxiebehandlung findet die ihr gebührende Berücksichtigung bei der Abhandlung über Nervenkrankheiten; in gleichen Masse ist die Orthopädie (Skoliosenbehandlung) berücksichtigt. Die Bedeutung der Mechanotherapie in der Unfallchirurgie ist in dem Kapitel: «Erkrankungen und Verletzungen des Bewegungsapparates» (S. 236—265) hervorgehoben. Die Anwendung der Massage bei den Augenkrankheiten ist von Prof. Klein in Wien und bei den Ohrenkrankheiten von Dr. Eitelberg (ebenfalls in Wien) bearbeitet. Das Literaturverzeichnis am Ende des Werkes stellt eine fast lückenlose Bibliographie der Mechanotherapie aller Zeiten und Sprachen dar und dürfte jedem wissenschaftlichen Arbeiter hochwillkommen sein. Die Abbildungen sind äusserst prägnant und mit grosser Treue und Sorgfalt hergestellt.

Brennsohn-Riga.

Tagesnachrichten.

Personalia.

— Sein 50-jähriges Doktorjubiläum beging am 7./20. November der unter dem Namen Woll-Jäger in weitesten Kreisen bekannte Hygieniker, Prof. a. D. Dr. Gustav Jaeger in Stuttgart. Der Jubilar, welcher bereits im Juni d. J. sein 75. Lebensjahr überschritten hat, habilitierte sich 1858 als Dozent für Zoologie und vergleichende Anatomie an der Wiener Universität, war dann Professor für diese Fächer sowie für Physiologie und Mikroskopie an einer Landwirtschaftlichen Akademie und zuletzt ordentlicher Professor am Polytechnikum und der Tierärztlichen Hochschule in Stuttgart. 1884 trat er in den Ruhestand, um sich ausschliesslich seinen Arbeiten über Biologie und Hygiene zu widmen. Die Zahl seiner Schriften ist sehr beträchtlich; wir nennen hier nur sein «Lehrbuch der Zoologie» und sein seit 26 Jahren erscheinendes «Monatsblatt für Gesundheitspflege und Lebenslehre», das unserer Redaktion seit Jahren regelmässig zugeht. Jaeger gehörte auch zu den ersten und wissenschaftlich bestgerüsteten Vertretern der Darwinschen Deszendenztheorie in Deutschland, um deren Popularisierung er sich grosse Verdienste erworben hat. In weiteren Kreisen wurde sein Name hauptsächlich durch seine vorübergehend sehr erfolgreichen Bestrebungen zur Einführung einer wollenen Normalkleidung und durch seine angebliche «Entdeckung der Seele» in einem den Körper durchdringenden Riech- oder Duftfluidum bekannt. Wie es nicht selten in solchen Fällen zu geschehen pflegt, wurden über die Sonderbarkeiten und Einseitigkeiten des hochbegabten Mannes seine wirklichen und nicht unbedeutenden wissenschaftlichen Verdienste vergessen.

— Anlässlich des 25-jährigen Jubiläums seiner Tätigkeit als Professor an der Moskauer Universität wurde am 30. Oktober dem Physiologen Dr. Leo Morochowez von den Studenten der med. Fakultät eine Adresse überreicht. Das Jubiläum fiel eigentlich auf den 20. März d. J., doch hatten die Studenten damals von einer Ehrung des Jubilars absehen müssen, da die Universität an diesem Tage geschlossen war.

— Dem Oberarzt der St. Petersburger Gemeinschaft barmherziger Schwestern zur Kreuzeserhöhung, Ehrenleibmedikus wirkl. Staatsrat Dr. Wladimir Rajew ist der St. Stanislausorden I. Klasse verliehen worden.

— Dem ehemaligen Bevollmächtigten und Oberarzt der St. Petersburger Abteilung des Roten Kreuzes, gegenwärtigen älteren Arzt der chirurg. Abteilung am Kinderhospital des Prinzen Peter von Oldenburg, Dr. Eduard Henking, ist der St. Wladimirorden IV. Klasse verliehen worden.

— Der berühmte Berliner Laryngologe Prof. Dr. Adalbert Tobold erhielt an seinem 80. Geburtstage von Kaiser Wilhelm durch einen Sonderkurier aus England ein in sehr warmen Worten abgefasstes Glückwunschschreiben, in dem der Monarch mitteilte, dass er Tobold den erblichen Adel verliehen habe. Auch die Kaiserin sandte aus Potsdam ein Glückwunschtelegramm, ebenso die mediz. Fakultät der Berliner Universität.

— Der ausseretatmässige Arzt bei der Petersburger Heilanstalt für ambulante Kranke des Ressorts der Philanthropischen Gesellschaft, Dr. von zur Mühlen, ist zum Direktor des Nikolai-Kinderasyls in St. Petersburg ernannt worden, unter Belassung in seiner bisherigen Stellung.

Nekrologe:

— Verstorben sind: 1) Am 25. Oktober in Odessa der frühere Landschaftsarzt Dr. Georg Ssljussarenko im 49. Lebensjahre am Kehlkopfkrebs. Der Hingeschiedene, welcher i. J. 1886 den Arztgrad erlangt hatte, hat viele Jahre im Flecken Krissowo-Pokrowskoje als Landschaftsarzt gewirkt, bis ihn die quälende Krankheit zur Einstellung seiner ärztlichen Tätigkeit zwang. 2) In Moskau Dr. Konstantin Romanow, Arzt an der Iberischen Gemeinschaft barmherziger Schwestern des Roten Kreuzes, im Alter von 34 Jahren. Die Venia practicandi hatte R. der sich speziell mit der Chirurgie beschäftigte, i. J. 1898 erlangt. 3) In Sarajewo der Leiter des bosnisch-herzegowinischen Landesspitals, Landessanitätsrat Dr. Leopold Glück, der sich als Syphilidologe und Dermatologe einen Namen gemacht hat. 4) In Neapel der Kliniker Prof. Domenico Capozzi im Alter von 76 Jahren.

Von Universitäten und medizinischen Instituten.

— Die Erweiterung des Unterrichtsprogramms der militär-medizinischen Akademie durch Einführung von Vorlesungen über einige für die Militärärzte notwendige Gegenstände und Fächer ist von der Obermilitärmedizinalverwaltung angeregt und der Konferenz der Akademie zur Beratung vorgelegt worden. Als solche werden vorgeschlagen: 1) die für den inneren und den Garnisonsdienst geltenden Regeln sowie das Disziplinarreglement, 2) die militärische Administration, 3) die Feldchirurgie in ihrem vollen Umfange mit Röntgenoskopie, Feldverbandlehre u. s. w. 4) die Militärhygiene und 5) die unter den Truppen vorkommenden Krankheiten und Epidemien. Die Konferenz der Akademie hat die Notwendigkeit einer solchen Erweiterung des Unterrichtsprogramms anerkannt und zur Ausarbeitung eines Planes für die Einführung dieser neuen Unterrichtsfächer eine Kommission niedergesetzt, zu welcher die Professoren N. Weljaminow (Präses), S. Schidlowski, H. Turner, D. Kossorotow und S. Fedorow gehören.

— Schliessung der medizinischen Fakultät der Pariser Universität. In recht unwürdiger Form haben die Musensöhne von Paris das Wintersemester eröffnet. Aufgehetzt durch Dozenten, welche ihre Anwartschaft auf zwei erledigte Lehrstühle der med. Fakultät durch die Berufung zweier med. Professoren aus Nancy, Prenant und Nicolas, vereitelt sahen, setzten die Studenten lärmende Kundgebungen gegen den Dekan Debove und die neuberufenen Professoren in Szene. Als der Histologe Prenant, geleitet von dem Dekan Debove, den Hörsaal betrat, um seine Antrittsvorlesung zu halten, wurde er von den Studenten mit dem Rufe «Abdanken»! «Zurück nach Nancy!» empfangen und mit einem Hagel von faulen Eiern, Aepfeln, Kohlstruncken u. s. w. beworfen, so dass er seinen Rückzug antreten musste. Ebensolche lärmende Kundgebungen wurden von den Studenten auch vor der Wohnung des anderen neuen Professors Nicolas ausgeführt, bis die Polizei diesem Skandal ein Ende machte. Der Minister Briand hat infolge dieser Ausschreitungen der Studenten die Schliessung der medizinischen Fakultät bis zum 31. Dezember d. J. verfügt.

Standesangelegenheiten.

— Ein Kurländischer Aerztetag in Aussicht. Der Gedanke der Begründung eines Kurländischen Aerztetages nimmt, wie die «Balt. Tageszeitung» meldet, festere Gestalt an. In den letzten Tagen des Oktobers fand in dieser Angelegenheit eine Beratung des Mitauschen ärztlichen Vereins statt, auf der im Prinzip die Begründung eines selbständigen Kurländischen Aerztetages beschlossen wurde, um dessen Registrierung sofort nachgesucht werden soll. Es wurde in Aussicht genommen, den I. Kurländischen Aerztetag im Mai nächsten Jahres in Mitau abzuhalten.

— Der zur Arbeiterpartei gehörige Deputierte der II. Reichsduma Dr. M. K. Popow, Stadt- und Landschaftsarzt in Woltschansk (Gouv. Charkow), durfte nach seiner Rückkehr seine früheren ärztlichen Stellungen nicht wieder einnehmen; es wurde ihm auch der Aufenthalt in den Grenzen des Charkowschen Gouvernements verboten.

— Dem Militärarzt Dr. F. W. Gussarow, welcher, wie wir seinerzeit berichteten, vom St. Petersburger Militär-Bezirksgericht für Teilnahme an einer sozialistischen Militärorganisation zum Verlust aller Standesrechte und zu 4 Jahren Zwangsarbeit verurteilt worden war, ist die Strafe der Zwangsarbeit durch Verschickung zur Ansiedelung gemildert worden.

— In Warschau ist Dr. F. Sapalkewitsch verhaftet worden, während die nach einer polizeilichen Haussuchung im dortigen Heiligengeist-Hospital vor kurzem arretierten Ordinatoren dieses Hospitals Borzimowski und Max Puritz wieder freigelassen worden sind.

— Der Gehülfe des Ministers des Innern Kryshanowski hat darauf aufmerksam gemacht, dass in letzter Zeit in der periodischen Presse häufig Inserate über verschiedene Heilmittel erschienen sind, die den Charakter einer Reklame tragen und geeignet sind, das Publikum über die Eigenschaften der betreffenden Präparate zu täuschen. Angesichts dieses Umstandes ist neuerdings die Verfügung erlassen worden, dass solche Inserate einer obligatorischen Zensur der örtlichen Medizinalbehörden unterliegen. — So viel uns bekannt, hat eine solche Verordnung schon lange existiert, ist aber von den grösseren Zeitungen, wie z. B. der «Nowoje Wremja», ignoriert worden.

— Den Aerzten und Zahnärzten wurde dieser Tage durch eine Verfügung des Ministeriums des Innern ebenfalls jede Reklame verboten; sie dürfen in den Bekanntmachungen nur ihren gelehrten Grad, ihren Namen, Wohnort und ihre Spezialität angeben. Jede Reklame und jedes Herausstreichen einer bestimmten Heilmethode wird unbedingt verboten.

Verschiedene Mitteilungen.

— Die für Ausarbeitung von Vorschlägen zur Ehrung des Andenkens an den berühmten Arzt und Gelehrten Pirogow in Moskau niedergesetzte Kommission hat in ihrer letzten Sitzung beschlossen, an zuständiger Stelle um Umbenennung des ersten Moskauer Stadthospitals in Pirogowhospital und der Moskauer Zarizynstrasse in Pirogowstrasse sowie um Anweisung der Mittel zu einer alle 4 Jahre zu verleihenden Pirogow-Prämie im Betrage von 600 Rbl. für das beste chirurgische Werk nachzusuchen.

Die Choleraepidemie, welche das Russische Reich seit vier Monaten heimgesucht hat, nähert sich offenbar ihrem Ende. In den meisten der von ihr ergriffenen Gouvernements und Ortschaften ist sie bereits erloschen und an den wenigen Orten, aus welchen noch Neuerkrankungen gemeldet werden, ist sie dem Erlöschen nahe. Nach den offiziellen Berichten sind im ganzen russischen Reiche seit Beginn der Epidemie (3. Juli 1907) bis zum 6. November im ganzen 11472 Personen an der Cholera erkrankt, von denen 5493 gestorben sind. Die grösste Zahl der Erkrankungen und Sterbefälle weist die Stadt Astrachan mit ihren Vorstädten auf, nämlich 2044 Erkrankungen und 1163 Todesfälle; ihr am nächsten kommt die Stadt Kiew mit 1237 Erkrankungen und 305 Todesfällen. An 3. Stelle steht in Bezug auf die Zahl der Erkrankungen das Gouvernement Tomsk (822 Erkr. und 470 Todesf.), an 4. Stelle das Gouv. Astrachan (796 Erkr. und 376 Todesf.) und an 5. Stelle das Akmolinskgebiet (548 resp. 239). In allen anderen von der Cholera heimgesuchten Gouvernements und Ortschaften hat die Zahl der Erkrankungen an der Cholera die Ziffer 500 nicht erreicht.

Bf.

— Die Gesamtzahl der Kranken in den Zivilhospitälern St. Petersburgs betrug am 3. Nov. d. J. 12175 (241 mehr als in der Vorwoche), darunter 839 Typhus — (54 mehr), 1012 Syphilis — (22 mehr), 385 Scharlach — (5 mehr), 270 Diphtherie — (5 wen.), 64 Masern — (2 mehr), und 3 Pockenkranke — (2 wen. als in der Vorw.).

— Die Gesamtzahl der Sterbefälle in St. Petersburg betrug in der Woche vom 26. Okt. bis 3. Nov. d. J. im ganzen 710 (415 M., 295 W.), darunter an folgenden **Krankheiten:**

Typhus exanth. 0, Typhus abdom. 16, Febris recurrens 1, Typhus ohne Bestimmung der Form 0, Pocken 0, Masern 16, Scharlach 23, Diphtherie 23, Croup 0, Keuchhusten 11, Krou-pöse Lungenentzündung 24, Erysipelas 4, Gripps 7, Katarrhalische Lungenentzündung 54, Ruhr 2, Epidemische Meningitis 0, Akuter Gelenkrheumatismus 0, Parotitis epidemica 0, andre Krankheiten 273, Anthrax 0, Hydrophobie 0, Puerperalfieber 1, Pyämie und Septicaemie 9, Tuberkulose der Lungen 83, Tuberkulose anderer Organe 18, Alkoholismus und Delirium tremens 5, Lebensschwäche und Atrophia infantum 45, Marasmus senilis 29, Krankheiten des Verdauungskanals 66, Totgeborene 52.

✦ Nächste Sitzung des Vereins St. Petersb. Aerzte: Dienstag, d. 27. Nov. 1907.

Tagesordnung: Bary: Psychiatrische Fragen.

Entgegennahme der Mitgliedsbeiträge.

Adressen von Krankenpflegerinnen:

Gertrud Gensz, Казанская ул., д. 11, кв. 20.

Charlotte Holstein, Казанская ул., д. 11, кв. 20.

Im Deutschen Alexander-Hospital wird Nachweis erteilt über zur Zeit dienstfreie Pfleger und Pflegerinnen für die private Krankenpflege (gegen Zahlung von 50 Kop.



Statt Eisen! **Statt Leberthran!**

Haematogen HOMMEL

alkohol- und ätherfrei.

Frei von **Borsäure, Salicylsäure** oder **irgendwelchen** sonstigen antibakteriellen Zusätzen, enthält ausser dem völlig reinen Haemoglobin, noch sämtliche Salze des frischen Blutes, **insbesondere auch die wichtigen Phosphorsalze** (Natrium, Kalium und **Lecithin**), sowie die nicht minder bedeutenden Eiweissstoffe des Serums in konzentrierter, gereinigter und **unzersetzter** Form. **Als blutbildendes, organeisenhaltiges, diätetisches Kräftigungsmittel für Kinder und Erwachsene** bei Schwächezuständen **irgendwelcher Art** von höchstem Werte.

Besonders unentbehrlich in der Kinderpraxis.

- **Grosse Erfolge bei Rhachitis, Scrophulose, Anaemie, Frauenkrankheiten. Neurasthenie, Herzschwäche, Malaria, frühzeitiger Schwäche der Männer, Rekonvaleszenz (Pneumonie, Influenza etc. etc.)**
- **Vorzüglich wirksam bei Lungenerkrankungen als Kräftigungskur. Sehr angenehmer Geschmack. Wird selbst von Kindern ausserordentlich gern genommen. Mächtig appetitanregend.**

Haematogen Hommel zeichnet sich vor seinen Nachahmungen aus durch **unbegrenzte Haltbarkeit in vieljährig erprobter Tropenfestigkeit und Frostsicherheit, absolute Sicherheit vor Tuberkelbazillen,** gewährleistet durch das mehrfach von uns veröffentlichte, bei höchst zulässiger Temperatur zur Anwendung kommende Verfahren. Diese Sicherheit geht insbesondere den auf kaltem Wege (Aether etc.) dargestellten Präparaten völlig ab.

Mit unserem neuesten, auch im Geschmack bedeutend verbesserten **Haematogen Hommel,** können wir den Herren Aerzten ein **ideales, völlig reines, unbegrenzt haltbares Haemoglobin-Präparat** an Hand geben. Um Unterschiebung von Nachahmungen zu vermeiden, bitten wir

stets **Haematogen HOMMEL** zu ordinieren.

Tages-Dosen: **Säuglinge** 1—2 Teelöffel mit der Milch gemischt (Trinktemperatur!), **grössere Kinder** 1—2 Kinderlöffel (rein!!), **Erwachsene** 1—2 Esslöffel täglich vor dem Essen, wegen seiner eigentümlich stark appetitanregenden Wirkung.

Versuchsquanta stellen wir den Herren Aerzten gerne frei und kostenlos zur Verfügung.

Zu haben in allen Apotheken und Apothekermagazinen.

Nicolay & Co., St. Petersburg, Smolenskaja, 33; Zürich, Hanau a. M. und London.

Scharlach-Serum

innerlich zu reichen.

„Scarlatin Marpmann" Nr. 1 zur Vorbeugung
„ „ Nr. 2 zur Heilung

zu Rbl. 2.50 Kop. pro Flasche ist in den Apotheken zu haben.
Niederlage für St. Petersburg bei *K. A. Krentzien,*
Sergiewskaja, 3. Telephon Nr. 53-30.
Hauptniederlage beim Generalvertreter für Russland:
K. A. Jung, Moskau, Sadowniki, Haus Priwalow.

Winterkur für Lungenkranke

Görbersdorf i. Schl. (560 m.)

◆ **Dr. Römpler's Sanatorium** ◆

in herrlicher Gebirgslage mit grossem Park, Vollkommene Hygiene — modernste Einrichtungen.

(73) 13—6.

Adressen von Krankenpflegerinnen:
Frl. **Pauline Winkel,** Конногвардейскій переулокъ 4, кв. 2.

Zum Zweck der jährlich stattfindenden Kontrolle der Adressen der in der Liste der «St. Petersburger Medizinischen Wochenschrift» verzeichneten Krankenpflegerinnen ersuchen wir Diese hiermit der Redaktion Ihre jetzigen Adressen mitzuteilen.

Die Redaktion
der „St. Petersburger Med. Wochenschrift".

Herausgeber Dr. Rudolf Wanach. Buchdruckerei v. A. Wienecke Katharinenhofer Pr. № 15.

XXXII. JAHRGANG. ST. PETERSBURGER Neue Folge XXIV. Jahrg.

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Redaktion von

Prof. Dr. Karl Dehio. Dorpat. **Dr. Johannes Krannhals.** Riga.

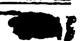
Dr. Rudolf Wanach. St. Petersburg.

Die „St. Petersburger Medizinische Wochenschrift" erscheint jeden Sonnabend.—Der **Abonnementspreis** ist in **Russland** 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr inkl. Postzustellung; in den **anderen Ländern** 20 Mark jährlich, 10 Mark halbjährlich. Der **Insertionspreis** für die 3mal gespaltene Zeile in Petit ist 20 Kop. oder 45 Pfen.—Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt. - Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.

Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate bittet man ausschliesslich an die Buchhandlung von **K. L. Ricker** in St. Petersburg, Newsky-Prospekt № 14, zu richten. — **Manuskripte** sowie alle auf die Redaktion bezüglichen Mitteilungen bittet man an den geschäftsführenden Redakteur Dr. **R. Wanach** in St. Petersburg, Petersb. Seite, Alexandrowski Pr. 6 zu richten. Sprechst. Dienstag, Donnerstag und Sonnabend 5—6.

№ 46 St. Petersburg, den 17. (30.) November. **1907.**

Dieser № liegt № 10 u. 11 der «Revue der Russischen Medizinischen Zeitschriften» bei.



Die Saisonbehandlungen der Jahre 1906 und 1907 in der Pernauschen Mechanotherapeutisch-Orthopädischen Heilanstalt.

Von

Dr. med. E. v. Vietinghoff-Scheel,

Besitzer und Leiter der Anstalt.

In dem Anstaltsbericht pr. 1905 [1]) schrieb ich im Anschluss an die statistischen Daten des Krankenmaterials u. a., dass die Lebensfähigkeit meiner Anstalt für den Sommer durchaus gewährleistet erscheint, auch wenn die Frequenz des Badeorts durch die Ungunst der Verhältnisse geringer werden sollte. Zwei weitere Jahre hat die Anstalt seitdem erlebt, auch die von Fremden schwächer als sonst besuchte Badesaison 1906, sie hat sich in dieser Zeit weiter entwickelt, ihre Heilmittel vermehrt und ihrem Leiter viel Arbeit gebracht, aber auch die Freude, dass von den ca. 500 Patienten, die während der letzten 2 Sommer in ihr Heilung suchten, nicht wenige geheilt oder gebessert die Anstalt verlassen konnten.

In dem Leben der Anstalt ist eine wesentliche Veränderung vor sich gegangen; es war ihr nicht beschieden, ein ständiges Heim in Pernau zu finden, sie musste sich zu einem periodischen Wanderleben entschliessen, und die Behandlung zu einer saisonmässigen umgestalten. Die 4 Sommermonate (Mai bis August) verbleibt sie alljährlich in Pernau, für den Winter (Sept. bis April) dagegen wird sie nach Reval übergeführt.

[1]) St. Petersb. Med. Wochenschr Nr. 38. 1906.

Die nachstehende Statistik von 4 Jahren bestätigt die erfreuliche Entwickelung des Instituts und eröffnet günstigere Aussichten für die Zukunft als vor 2 Jahren, da ich den etwas pessimistisch lautenden Schlusspassus in meiner vorhin erwähnten Arbeit niederschrieb. Tatsächlich habe ich eine so bedeutende Zunahme der Frequenz damals nicht vorausgesetzt. Ich verweile etwas länger bei den Zahlen, die für den Anstaltsbetrieb in 4 Jahren resp. Sommern bezeichnend sind.

Seit Gründung der Heilanstalt im Januar 1904 wurde sie von 815 Patienten an 831 Tagen 12736 mal besucht, d. s. 15—16 Besuche pr. Behandlungstag. Von den vermerkten Besuchen entfielen 8699 oder ²/₃, genauer 68,3%, auf 308 Saisontage der 4 Sommer 1904 bis 1907, sodass jeder Saisontag durchschnittlich 28—29 Patienten zählte. Der bisher frequentierteste Monat Juli a. c. hatte einen Tagesdurchschnitt von 58 Patienten; am schwächsten besucht waren die ersten Lebensmonate der Anstalt Februar und März 1904 (3—4 Besuche täglich). In den Saisonmonaten betrug die Zahl der täglichen Besuche im Durchschnitt anfangs 15 (1904) zuletzt 43 (1907).

Ich berücksichtige in der tabellarischen Zusammenstellung nur 3 Monate der Badesaison.

Die Frequenz der Anstalt betrug:

		1904.	1905.	1906.	1907.
Juni	Behandlungstage	25	23	25	24
	Besuche	300	525	746	934
	Tagesdurchschnitt	12	22—23	29—30	38—39
Juli	Behandlungstage	27	26	26	26
	Besuche	515	798	1028	1503
	Tagesdurchschnitt	19	30—31	39—40	57—58

		1904.	1905.	1906.	1907.
August	Behandlungstage	25	27	27	27
	Besuche	320	562	601	872
	Tagesdurchschnitt	12—13	20—21	22—23	32—33
Summa	Behandlungstage	77	76	75	77
	Besuche	1135	1880	2375	3809
	Tagesdurchschnitt	14—15	24—25	30—31	42—43

Die Zahl der während der Badesaison im Ambulanzbuch verzeichneten Patienten hat von 1904 bis 1907 genau um das 4-fache zugenommen, die Zahl der Besuche in dieser Zeit fast ums 3-fache, desgleichen der Tagesdurchschnitt. Vergleichen wir die beiden Sommer 1906 und 1907, so ist eine Zunahme der Patienten um 31,22%, der Besuche um 29,4% und des Tagesdurchschnitts an Behandlungen um 29,1% im letzten Sommer zu verzeichnen gewesen.

Diese Zahlen bedürfen keines Komentars und wir können hiermit die Frequenzstatistik beschliessen und zur Statistik des Krankenmaterials übergehen.

Ich wiederhole die schon veröffentlichten Prozentzahlen von 1904 und 1905 und stelle neben sie die der beiden letzten Jahre.

Von den behandelten Krankheitszuständen waren:

	1904. pCt.	1905. pCt.	1906. pCt.	1907. pCt.
Verbiegungen der Wirbelsäule (Scoliosen, Kyphoscoliosen, Kyphosen, Haltungsanomalien)	14,7	10,6	9,7	11,8
Andere Deformitäten (Plattfuss, Klumpfuss etc.)	5,2	4,0	3,8	4,5
Verletzungen von Muskeln, Knochen, Gelenken und ihre Folgen	13,9	10,1	5,6	7,6
Tuberkulose der Gelenke . .	6,9	3,5	5,6	4,9
Stoffwechselerkrankungen (Rachitis, tFettsucht, Anaemie, Diabees)	9,5	9,5	7,9	8,4
Rheumatische und gichtische Erkrankungen	7,8	14,1	12,8	12,9
Herz- und Lungenkrankheiten	3,4	11,6	8,9	10,3
Digestionsstörungen . . .	2,6	4,5	5,8	6,4
Lähmungen	6,0	5,5	2,9	4,9
Neurasthenie. Hysterie, Neuralgien etc.	18,2	12,1	18,7	15,9
Erkrankungen der oberen Luftwege, kleine chir. Fälle etc.	11,8	14,5	13,3	12,4

Von den behandelten Patienten waren:

	1904. pCt.	1905. pCt.	1906. pCt.	1907. pCt.
Erwachsene	60,8	71,2	71,0	66,4
Kinder	39,2	28,8	29,0	33,6
Weibliche Kranke	57,3	59,1	52,7	56,8
Männliche Kranke	42,7	40,9	47,3	43,2
Wohnhaft in Pernau und Umgegend (Stadt und Kreis)	58,2	61,1	60,8	39,6
Angereist aus dem Balticum (Riga, Reval, Dorpat etc.)	21,0	17,7	22,7	29,9
Badegäste aus russ. Städten und Gouvernements incl. Polen, Kaukasus, Sibirien. .	20,8	21,2	16,5	30,5

In den 2 letzten Jahren hat die Anstalt ihre Kurmittel bedeutend vermehrt. Von der Vergrösserung des Lokals war schon im vorigen Bericht die Rede. Nun ist der Raum, der im Frühling 1905 hinzukam und durch eine dünne Holzwand in zwei Hälften geteilt ist, vollständig eingerichtet und ausgenutzt. Es befinden sich jetzt darin eine Abteilung für Heissluftbehandlung mit mehreren Bier'schen Heissluftkästen, eine Massagezelle, ein kleiner Raum für Gypsbehandlung, spez. auch für einen Rahmen zur Anfertigung des Lorenz'schen Reklinationsbetts und einen einfachen selbstkonstruierten Trockenofen. In der anderen Hälfte des Neubaues befindet sich die neugegründete orthopädische Werkstatt für einfache Eisenarbeiten sowie für kleinere Leder- und Stoffarbeiten. Sie ist schon jetzt im Stande Veränderungen und Verbesserungen an Stützapparaten, die an Ort und Stelle rasch erledigt werden müssen, auszuführen. Die Werkstatteinrichtung wird um eine Anzahl guter Werkzeuge noch bereichert auch soll ein Bandagist angelernt werden, so dass die Anstalt demnächst ihre Korsets, Schienen etc. in eigener Werkstatt wird herstellen können. Schon jetzt besitzt die Werkstatt alle kleineren Werkzeuge und an grösseren: Amboss, Schraubstock, Bohrmaschine, Agraffenstange, Schleifmaschine u. a. Sobald Feldschmiede und Drehbank dazukommen, ist die Einrichtung komplett.

Es kommt nicht selten vor, dass Leichtverletzte aus dem Badeviertel in der Anstalt verbunden werden müssen, auch andere kleine chirurgische Hilfeleistungen notwendig werden. Zu diesem Behufe verfügt die Anstalt über das erforderliche Instrumentarium, wie Verbandstoffsterilisator, Instrumentenkocher etc. sodass alle chirurg. Eingriffe, die sich ambulant erledigen lassen, aseptisch ausgeführt werden können.

Zu den bisherigen Messaparaten ist ein Spirometer hinzugekommen, ausserdem fürs Sprechzimmer eine Influenzmaschine für Franklinisation, ein Kalorisator u. a. In der Medikomechanischen Abteilung ist das Pendelsystem durch neue Ansatzstücke und Fixierungsschienen für das Universalstativ vervollständigt und einige andere aktive und aktiv-passive Bewegungsapparate angeschafft worden.

Noch bleibt manches zu tun übrig und alljährlich soll für die Verbesserung und Vervollständigung der Kurmittel etwas geschehen. Für die nächste Zukunft sind in Aussicht genommen ausser der erwähnten Werkstatteinrichtung eine Vermehrung der Heissluftkästen und technische Vervollkommnung der Erzeugung von aktiver Hyperämie durch erhitzte Luft, weiter grosse Saugapparate nach Bier — Klapp [1]) und last not least — ein Apparat für Röntgendurchleuchtung mit dem dazu gehörigen Instrumentarium.

Da m. E. jede Krankenanstalt zugleich eine Schule für Hilfs- und Pflegepersonal, das wir an keiner Heilstätte entbehren können, sein soll, habe ich die 1904 begonnene Ausbildung von Masseusen und Masseuren alljährlich fortgesetzt und eine Anzahl Schülerinnen und Schüler als fertig angelernt oder wie es in der Sprache der Masseure heisst, „diplomiert" aus dem Unterricht entlassen. Ich will mir die Konzession zu einer Massageschule auswirken, damit die Lehrtätigkeit, die nach den bisherigen Erfahrungen einigen Erfolg verspricht, fortgesetzt werden kann. Ueber die Prinzipien, nach denen der Unterricht erteilt wird, soll an anderer Stelle berichtet werden. Dass die Körperlehre d. h. die anatomischen und physiologischen Grundbegriffe beim Unterricht nicht vernachlässigt werden dürfen, im Gegenteil besonders sorgfältig gelehrt werden müssen, ist selbstverständlich.

---

[1]) Vgl. Bier «Hyperämie als Heilmittel» V. Aufl. Lpz. 1907. Klapp «Mobilmachung versteifter Gelenke etc.» Münch. Med. Wochenschr. Nr. 17. 1905.

Daher besitzt die Anstalt an Lehrmitteln ausser einem Skelett viele Tafeln und Schemen, die den Bau des menschlichen Körpers veranschaulichen und die Vorgänge im Organismus klar zu machen versuchen. Die meisten von ihnen habe ich selbst gezeichnet; ausserdem bediene ich mich der Dybdahl'schen anatomischen Tafeln [3]). Damit eine einseitige und handwerkmässige Ausbildung vermieden wird, lernen die Schüler ausser den Massagehandgriffen auch andere Heilgehilfenpflichten und Handlangerdienste, soweit das Krankenmaterial der Anstalt die Gelegenheit dazu bietet. Auch der Masseur darf nie vergessen, dass er nicht bloss einen beliebigen Körperteil zu streichen und durchzukneten, sondern einen ganzen Menschen und dazu einen Kranken vor sich hat.

Es bliebe noch übrig ein Wort von den Erfolgen und Misserfolgen der Behandlung. Die Erfahrungen mit der Bier'schen Hyperämiebehandlung sind ein Kapitel für sich und werden in einem kurzen Aufsatz getrennt mitgeteilt werden. Im übrigen bestätigt die Beobachtung an weiteren 500 Kranken das gelegentlich der Besprechung meiner ersten 200 Patienten Gesagte fast ohne Ausnahme [4]).

Das rein orthopädische Krankenmaterial (um 15% aller Fälle) bietet qualitativ wenig bemerkenswertes. Von den Scoliosen konnten die schwereren Fälle zum Teil gebessert zum Teil leider eine viel zu kurze Zeit behandelt werden, so dass das Erreichbare der orthopäd. Scoliosenkur nicht durchweg zustande kam. Die leichteren Verkrümmungen besserten sich in kurzer Zeit und verschwanden meist nach 6—8 Wochen. Meine bisherigen Erfahrungen erstrecken sich auf einige 60 Fälle. Die anderen Deformitäten z. B. der Füsse waren sehr wenig zahlreich; es ist die ambulatorische Behandlung beispielsweise eines kongenitalen Klumpfusses bei poliklinischen Patienten ausserdem eine höchst undankbare Aufgabe. Die Korrektur bleibt leicht eine ungenügende, weil die Angehörigen des kleinen Patienten entweder zum Verbandwechsel nicht rechtzeitig wiederkommen oder, wenn ihnen die Behandlung zu lange dauert, ganz fortbleiben. Vielleicht dass wir Orthopäden nach Jahr und Tag in dieser Beziehung bessere Erfahrungen machen werden — vorläufig muss man resigniert die Dinge nehmen, wie sie sind.

Ein weit dankbareres Gebiet ist die mechanotherapeutische Behandlung und Nachbehandlung von Frakturen, Luxationen, Distorsionen und anderen Verletzungen ferner die zu den Stoffwechselkrankheiten gerechneten Arthritiden rheumatischer oder gichtischer Natur und ähnl., die zusammen etwa 1/4 aller meiner Kranken ausmachten. Hier erntet die mechanische Behandlung bisweilen ihre besten Heilerfolge. Welch erhebendes Gefühl, wenn ein Patient, der mit seinen steifen schmerzhaften Gelenken sich kaum fortbewegen konnte, nach einigen Wochen Behandlung seine Glieder frei bewegen und schmerzlos gehen kann. Der feste Händedruck, den man von einem solchen Patienten erhält, tut wohl. Und wenn der Erfolg mitunter auch lange auf sich warten lässt, schliesslich bleibt er doch nicht aus, abgesehen natürlich von den ganz schweren und vernachlässigten Fällen. Aus dieser Gruppe konnten von über 100 Patienten in den letzten 2 Jahren fast alle (genauer ca. 95%), die ihre Kur in meiner Anstalt energisch durchführten, geheilt oder gebessert die Behandlung verlassen.

Zu den tuberkulösen Gelenkerkrankungen rechne ich ausser Coxitis, die ich mehrfach ausheilen sah und von der einige in Heilung begriffene Fälle beobachtet und behandelt worden sind, auch die noch nicht abgelaufenen spondylitischen Prozesse, während 2 Patienten mit vollständig verheilter Spondylitis, die des Gibbus wegen zu mir kamen, den Verbiegungen der Wirbelsäule zugezählt wurden. Eine vorsichtige Redression des Spitzbuckels wurde in dem einen Falle versucht und hatte den Erfolg, dass die Körperlänge um ca. 2 cm. zugenommen hatte. Eine energische Extensionsbehandlung nach Wullstein [5]) oder Calot [6]) im Gypskorset mit Pelottendruck liess sich ambulant nicht durchführen, zumal für langdauernde orthopädische Kuren bei unserer Bevölkerung, wie schon erwähnt, weder ein Verständnis noch die erforderliche Ausdauer vorhanden.

Bei den chronischen Herzkranken, die v. Reyher [7]) mit sogen. Herzmassage behandelt und an Zanderapparaten üben lässt, sind meine bisherigen mechanotherapeutischen Erfahrungen ungenügend, da diese Patienten hauptsächlich der CO_2—Bäder wegen den Badeort aufsuchen und eine Kur ohne die letzteren in Pernau nicht denkbar ist. Ob daher die guten Erfolge, über die auch meine Anstalt in einigen Fällen verfügt, den Bädern oder der gleichzeitigen mechan. Behandlung zuzuschreiben sind, lässt sich nicht entscheiden. Dagegen wirkt die Lungenmassage oder richtiger die manuelle Nachhilfe der Expiration unter aufmerksamer Kontrolle der Atmung und Herzarbeit sicher gut; Emphyseme, chron. Katarrhe der tieferen Luftwege wurden ausnahmslos auf diesem Wege gebessert.

Was die Gruppe der Nervenleiden betrifft, die incl. Lähmungen etwa 1/5 des Krankenmaterials betragen, so habe ich dem früher Gesagten im allgemeinen wenig hinzuzufügen. In einigen Fällen habe ich bessere Resultate gesehen, so z. B. verliess die Behandlung eine kleine Patientin mit Kinderlähmung, die anfangs auf ihre Hessingschen Stützschienen ganz angewiesen war, nach 2 Monaten mit soweit gekräftigtem Quadriceps beiderseits, dass sie ohne Apparat und sogar ohne Stock kurze Strecken ganz gut gehen konnte. Im allgemeinen muss man aber bei den Lähmungen mit reinen Versprechungen dem Patienten gegenüber vorsichtig sein, denn oft genug erweisen sich alle unsere Mittel als unzulänglich.

Neuralgieen, unter ihnen die Ischiadicusneuralgie, geben eine bessere Heilungs- resp. Besserungsprognose als selbst die peripheren Lähmungen. Von einer ausführlichen Wiedergabe meiner Erfahrungen der letzten 2 Jahre bei den sehr mannigfaltigen krankhaften Erscheinungen der Neurastheniker sehe ich ganz ab. Sobald ich ein grösseres Material beisammen habe, will ich die Erkrankungen des Nervensystems, soweit sie für den Mechanotherapeuten in Betracht kommen, gesondert und ausführlicher besprechen.

Mit diesen kurzen Streifzügen in das Krankenmaterial der letzten 2 Saisonbehandlungen in meiner Anstalt beschliesse ich diesen Bericht.

Ueberblicken wir einmal kurz das Mitgeteilte, so dürfte das Wesentliche sein:

1) Dass die Frequenz der Anstalt von Jahr zu Jahr erheblich zugenommen hat.

---

[3]) Zu beziehen durch K. F. Köhler in Leipzig.

[4]) l. c.

[5]) Zeitschr. f. orthop. Chirurg. Bd. XII. 1904.

[6]) «Die Behandlung der tuberkul. Wirbelsäuleentzündung». Ueber. v. Ewald. Stuttg. 1907.

[7]) «Herzmassage und Herzgymnastik» Zeitschr. f. diät. u. physikal. Therap. Bd. I. Tl. 3.
«Aerztl. Erfahrungen» in «Handb. d. physik. Therapie von Goldscheider & Jacob T. I. Bd. 2. pg. 119.

2) Dass im Krankenmaterial, welches relativ geringe Schwankungen zu gunsten dieser oder jener Krankheitsgruppe aufweist, anfangs die Einheimischen vorherrschen, im letzten Jahre dagegen die Fremden in der Ueberzahl sind.

3) Dass die Ausstattung der Anstalt entsprechend den modernen Anforderungen und den zur Verfügung stehenden Mitteln von Jahr zu Jahr Fortschritte gemacht hat.

4) Dass die Anstalt auch als Schule für Masseure und Heilgehilfen mit Erfolg tätig gewesen ist.

In Anbetracht dieser Ergebnisse einer 4-jährigen Tätigkeit ist die Lebensfähigkeit einer Saisonheilanstalt für Orthopädie und physikalische Behandlung in Pernau als erwiesen anzusehen und es steht zu hoffen, dass die nach streng wissenschaftlichen Grundsätzen verordneten physikalischen Heilmittel zu nutz und frommen der Heilung suchenden Sommergäste auch fernerhin in befriedigender Weise sich entwickeln und betätigen können.

Der bedeutende Zuwachs an Fremden im letzten Jahre, der aus meiner Statistik zu ersehen ist, lässt gleichzeitig einen Aufschwung des Badeorts erkennen als Folge der grossen Verdienste. die die jetzige Stadtverwaltung um das Pernausche Badewesen sich erworben hat.

Ein Fall von Pankreatitis suppurativa mit günstigem Ausgang.

Von

Dr. H. v. Rosen,
Chotynizy.

Obschon ich den nachstehend geschilderten Fall nur ungenügend habe beobachten können und daher auch nur eine unvollständige Krankengeschichte liefern kann, halte ich eine Veröffentlichung um so mehr für geboten, als der vorliegende überaus seltene Fall den Beweis liefert, dass eine klinische, relativ frühe Diagnose einer akuten Erkrankung auf diesem sonst recht dunklen Gebiet mitunter durchaus nicht schwierig ist.

Am 15. August d. J. wurde ich auf einer Fahrt durch ein Dorf zu dem Bauern Iwan I. gebeten, der am Tage vorher unter Durchfall und Leibschmerzen ganz plötzlich erkrankt war. Der 32-jährige, nicht sehr kräftig gebaute Patient mit nur mässig entwickeltem Fettpolster klagte über starke Schmerzen im Epigastrium und Mesogastrium und litt seit Vorabend an ziemlich heftigen Durchfällen; ich stellte die etwas übereilte Diagnose einer Enteritis, ordnete eine entsprechende Therapie an und setzte meinen Weg fort. Erst nach einer Woche, am 22. August, sah ich den Patienten wieder. Das Bild war nun ein wesentlich anderes; Pat. kauerte in vornüber gebeugter Haltung auf seinem Bett. Puls 90, Temp. 36,9. Die Durchfälle hatten aufgehört und einer völligen Obstipation Platz gemacht, die Schmerzen dagegen waren noch heftiger geworden, beschränkten sich jetzt aber auf den obern Teil des Epigastrium. Von hier aus strahlten sie so heftig in die Gegend der Lendenwirbelsäule aus, dass der Patient genötigt war dauernd die Bauchlage oder die vornübergebeugte Haltung einzunehmen. Die Perkussion ergab keinerlei sichere Anhaltspunkte, die Gegend der Leber und der Gallenblase war völlig schmerzlos; bei mässigem Druck auf den Magen und den linken Leberlappen erklärte der Pat., der Schmerz sitze viel tiefer wie «in der Mitte des Körpers». Kein Fieber, kein Ikterus, kein Erbrechen, keine Uebelkeit; der Schmerz hatte die ganze Zeit über keinen kolikartigen oder kardialgischen, sondern einen konstanten Charakter. Die Anamnese ergab, dass Pat. früher hin und wieder an Schmerzen im Epigastrium gelitten hatte, vor 2 Jahren aber als Soldat in der Mandschurei in ähnlicher Weise wie jetzt erkrankt war und 3 Wochen in einem Hospital verbracht hatte; über die Diagnose der behandelnden Aerzte liess sich natürlich nichts ermitteln.

Obschon ich dieses Mal die Beschaffenheit der Stühle nicht feststellen konnte, stellte ich doch schon jetzt per exclusionem und bei der genauen Lokalisation des Schmerzes, der mir hauptsächlich von der dem Caput pankreatis entsprechenden Gegend auszugehen schien, die Diagnose einer akuten Pankreatitis

Erst nach 2 Wochen sah ich den Patienten wieder; ich traf ihn stehend, mit einer leichten Arbeit beschäftigt. Er entkleidete sich und ich gewahrte zu meiner Ueberraschung, dass die spontane Entleerung eines parapankreatischen Abszesses durch die Bauchdecken stattgefunden hatte.

Die Durchbruchsstelle lag unweit des rechten Rippenrandes im oberen Teil des Epigastrium, in der etwa dem Duodenum entsprechenden Region. Der Eiter war also aus der Bursa omentalis direkt in horizontaler Richtung durch das Foramen Winslowii an die Bauchdecken getreten. Neben dem rein hellgelben Eiter entleerte sich durch mässigen Druck in mehr oder weniger grossen Brocken eine zähe, weissliche, talgartige Masse von der Farbe frischen Schweizerkäses, die zweifellos als nekrotisches Fettgewebe anzusehen ist. In differentialdiagnostischer Beziehung glaube ich nach allem Vorausgeschickten nur beiläufig erwähnen zu müssen, dass bei der Cholecystitis suppurativa die Abszesse an einer so hochgelegenen Stelle nicht zum Durchbruch kommen, sondern unterhalb des Colon transversum, meist im rechten Mesogastrium in die Bauchdecken treten. Harn konnte ich vom Pat. leider nicht erhalten, doch glückte es mir dieses Mal die Beschaffenheit der Stühle festzustellen; dieselben waren normal geformt, aber von einer hellgrauen talgartigen Masse überzogen.

Diese Beschaffenheit der Stühle im Verein mit dem oben erwähnten nekrotischen Fettgewebe lieferte den Beweis, dass die am 22. August gestellte, den Umständen nach immerhin etwas kühne Diagnose zweifellos richtig war. Wie ich kürzlich (Mitte Oktober) von einigen Leuten aus dem betreffenden Dorfe hörte, soll der Pat. gegenwärtig ganz gesund sein und seiner gewohnten Beschäftigung nachgehen.

Fälle von eitriger Pankreatitis mit günstigem Verlauf nach operativem Eingriff sind in den letzten Jahren von Körte, Finney-Halsted, Faure und Mayo-Robson beobachtet worden. Der einzige, dem vorliegenden ganz analoge Fall mit spontaner Entleerung des Abszesses in der Gegend des Colon transversum ist von Scherschewsky (1899) veröffentlicht worden. Die heftigen Rückenschmerzen, die in vielen der 78 bisher bekannt gewordenen Fälle von eitriger Pankreatitis (Truharts Kasuistik) zu fehlen scheinen, haben im vorliegenden und wahrscheinlich auch im Falle von Scherschewsky eine für den Krankheitsverlauf jedenfalls sehr wichtige Rolle gespielt. Ohne diese Schmerzen, die den Pat. an der Rückenlage verhinderten, würde die Vis medicatrix naturae wohl kaum in dieser Weise zur Geltung kommen, sondern es leicht zur Bildung von retroperitonealen Eitersenkungen und Jaucheherden kommen.

Die Fettgewebsnekrose, die nach Fitz (1889) bei eitriger Entzündung seltener vorkommen soll, als bei hämorrhagischer Erkrankung der Drüse, war in diesem Falle sehr stark ausgeprägt und findet als jedenfalls sekundäre und regionäre Erscheinung (nach vorausgegangener adhäsiver Peritonitis) in der von Hildebrand und Truhart (1901) vertretenen Anschauung von der Entstehung dieser Nekrose durch Einwirkung des Pankreasferments (Steapsin) ihre ungezwungenste Erklärung.

Die Pathogenese eines solchen Falles bleibt nach dem heutigen Stande der Wissenschaft immer noch in Dunkel gehüllt. Die einfache Einwanderung von Mikroorganismen aus dem Duodenum durch den Ductus pankreaticus ist bei der baktericiden Wirkung des Pankreas-Sekrets einerseits und dem als Schutzvorrichtung wirkenden, von Helly und Zuckerkandl nachgewiesenen Schliessmuskel des Ductus andererseits jedenfalls ausgeschlossen.

Da die Cholelithiasis meist völlig symptomlos verläuft, so liegt natürlich kein Grund vor, im vorliegenden Falle Gallensteine auszuschliessen. In welchem Verhältniss aber die Cholelithiasis, die sich tatsächlich oft gerade mit der eitrigen Pankreatitis kombiniert, zur letzteren Erkrankung steht und ob ein plötzlich im Ductus pankreaticus festgeklemmter Gallenstein gleichzeitig Retention und Infektion hervorrufen kann, bleibt vorläufig noch dahingestellt. Theoretisch wäre bei der plötzlich und stürmisch einsetzenden Erkrankung im vorliegenden Falle ein solcher Hergang ja recht wohl denkbar.

Referate.

Albert de la Chapelle: Beitrag zur Kenntnis der sog. primären akuten Streptokokkenperitonitis. Akad. Abh. Helsingfors 1907 (Schwedisch).

Im Herbst 1904 herrschte in Helsingfors eine epidemische Angina. In den letzten 4 Monaten des Jahres wurden nicht weniger als 2003 Fälle angemeldet. Dabei wurde vielfach beobachtet, dass die lokalen Symptome gering waren gegenüber den Erscheinungen der Allgemeininfektion: hohem Fieber, bedeutender Pulsbeschleunigung, grosser Schwäche bisweilen Albuminurie. Auch schlossen sich häufig Entzündungen in anderen Organen an, dem Proc. mastoideus; der Highmorshöhle, den Bronchien, dem Appendix (7 mal) u. s. w. 8 mal zeigte sich hämorrhagische Nephritis, 7 mal Erysipelas, 7 mal Gelenkrheumatismus u. s. w. In 30 Fällen, wo die Mandeln bakteriologisch untersucht wurden, fanden sich immer überwiegend Streptokokken. Die gleichzeitig mit epidemischem Charakter auftretende akute Peritonitis kann offenbar nur als besondere Lokalisation der herrschenden Streptokokkenkrankheit aufgefasst werden.

Von den 18 Peritonitisfällen endeten alle in 3—6 Tagen mit dem Tode mit Ausnahme eines einzigen, wo die Symptome von vorn herein sehr schwach ausgebildet waren. In keinem dieser Fälle, konnte eine Eingangspforte für die Bauchfellentzündung entdeckt werden, teils bei der Operation, teils bei der Sektion. Die meisten Patienten sind Kinder unter 6 Jahren, nur 4 Personen von 16—29 Jahren. In 9 Fällen bestand zugleich Angina in 5 anderen Fällen wenigstens bei anderen Familienmitgliedern. Der Verlauf war gewöhnlich folgender. Nach einen Prodromalstadium von 1—4 Tagen Fieber, oft Angina oder Verdauungsstörungen tritt entweder direkt die Peritonitis auf oder nach einer scheinbaren Verbesserung von ½—2 Tagen. Dann stellen sich Erbrechen und starke Durchfälle ein (fehlt nur in 2 Fällen). Das Sensorium wird ziemlich bald benommen, in einem Fall kamen Krämpfe vor. Die Blutuntersuchung zeigt Hyperleukozytose. Albuminurie bestand in 3 Fällen. Als Krankheitserreger konnten immer Streptokokken nachgewiesen werden, die sich in einem Falle auch im Blute fanden. Mehr oder weniger heftige Schmerzen im Bauch fanden sich immer, während sich die Spannung der Bauchmuskel und Druckempfindlichkeit meist erst nach einigen Tagen einstellten.

Buch.

F. Perutz: Ueber abdominale Arteriosklerose (Angina abdominis) und verwandte Zustände. (Münchener mediz. Woch. Nr. 22, 23).

Mit dem wachsenden Interesse, das man der Arteriosklerose zuwendet, haben auch diese Krankheitszustände in jüngster Zeit eine zunehmende Beachtung gefunden. Im allgemeinen sind diese Krankheitsbilder aber noch zu wenig bekannt und werden daher oft nicht diagnostiziert. Verfasser giebt an der Hand von 12 eigenen Beobachtungen uns ein anschauliches Bild dieser Erkrankung und gelangt zu folgenden Schlüssen:

1) Die Arteriosklerose kann zu heftigen anfallsweisen Schmerzen im Leib führen, die einen kolikartigen Charakter, manchmal auch angina-pectorisartige Züge tragen oder direkt in Anfälle von Angina pectoris übergehen.

2) Die Anfälle werden meist ausgelöst durch einen Krampf der kleinen Darmgefässe und ein damit verbundenes Ansteigen des Blutdrucks (Gefässkrise). Der Sitz der Schmerzen ist wahrscheinlich der Sympathikus, dessen Grenzstränge in den meisten Fällen eine exzessive Schmerzhaftigkeit besitzen, und die mesenterialen Nervengeflechte.

3) Ausser anatomischen Veränderungen am Gefässapparat können auch funktionelle Störungen (Nikotin und andere Gifte) solche Krampfzustände hervorrufen.

4) Die Erkennung ist oft schwierig und kann erst auf Grund längerer Beobachtung gestellt werden. Ein wesentliches Hilfsmittel bildet dabei die Beeinflussung dieser Zustände durch Diuretin (das Verfasser beinahe als Spezifikum bezeichnet) und andere Gefässmittel (Jod).

Weyert.

M. Blumberg: Ueber ein diagnostisches Symptom bei Appendizitis. (Münch. med. W. Nr. 24).

Verfasser weist auf ein Symptom hin, das er seit einiger Zeit bei Appendizitis beobachtet hat. Wenn die das Abdomen palpierende Hand nicht allmälich abgezogen wird, sondern von der eingedrückten Stelle des Leibes sich plötzlich abhebt, wenn der Druck also plötzlich aufhört, reagiert das frisch entzündete Peritoneum mit einem heftigen Schmerz. Da nun verschiedene Wirkungen ausgeübt werden beim Druck einerseits und beim plötzlichen Abheben der Hand anderseits, so ist es nötig, diese beiden Momente stets getrennt zu betrachten, d. h. zunächst einen Druck auf die zu untersuchende Stelle des Abdomens auszuüben und den Patienten zu fragen, ob es schmerzt, dann nach erhaltener Antwort die palpierende Hand plötzlich abzuheben und nun sich vom Patienten sagen zu lassen, ob im Moment des Abhebens es geschmerzt habe, resp. welcher Schmerz grösser gewesen sei. Das Auftreten des Symptoms ist ein leicht zu erkennendes Warnungssignal, das besonders dann auf Gefahr hinweist, wenn das Phänomen sehr plötzlich und rasch nach Auftreten der Erkrankung sich zeigt; sein allmäliches Abklingen der Intensität wie Extensität nach ist ein beruhigendes Zeichen, dass der peritoneale Prozess im Rückgang begriffen ist. Da das Symptom peritonealen Ursprungs ist, so ist es auch bei anderen Prozessen, die mit einer Entzündung des Peritoneums einhergehen, z. B. Adnexerkrankungen, vorhanden.

Weyert.

Bücheranzeigen und Besprechungen.

E. Feer (Heidelberg): Der Einfluss der Blutverwandtschaft der Eltern auf die Kinder. Sonderabdruck aus dem Jahrbuch für Kinderheilkunde. Berlin 1907, Verl. v. S. Karger. gr. 8, 32 S.

In früheren Zeiten galt die Abkunft von blutsverwandten Eltern allgemein für äusserst bedenklich und es wurden ihr die schlimmsten Folgen zugeschrieben. Seit der Mitte des vorigen Jahrhunderts treten jedoch schon gegen diese Ansicht der Antikonsanguinisten, welche alles Ueble bei den Nachkommen von Konsanguinen auf die Blutsverwandtschaft schoben, die Konsanguinisten auf, sie begnügten sich aber damit, nachzuweisen, dass viele solcher Nachkommen völlig gesund und normal waren. Erst in den letzten Jahrzehnten hat diese Frage eine mehr objektive und vorurteilsfreie Behandlung erfahren, wodurch sie der Lösung wesentlich näher gebracht ist.

Indem Verf. nun in der vorliegenden Schrift einen Ueberblick über den gegenwärtigen Stand der Frage giebt und dabei die wertvollen einschlägigen Arbeiten zahlreicher Autoren der letzten Zeit zu Rate zieht, kommt er auf Grund ihrer Forschungsresultate zu den Schlussfolgerungen, dass 1) eigenartige oder schädliche Folgen, beruhend auf der Blutsverwandtschaft der Eltern an sich, nicht erwiesen sind; 2) die Eigenschaften und Krankheiten der Nachkommen blutsverwandter Eltern sich aus den auch sonst gültigen Tatsachen der Vererbung erklären, und 3) einige seltene Krankheitsanlagen, sicher diejenigen zu Retinitis pigmentosa und zu angeborener Taubstummheit, mehr wie andere eine gesteigerte Vererbungsintensität erlangen, wenn sie sich bei beiden Teilen eines Elternpaares vorfinden, was bei blutsverwandten Eltern wohl häufiger vorkommt. — Bezüglich der Stellung des beratenden Arztes zu Verwandtenehen spricht sich Verf dahin aus, dass der Arzt im allgemeinen von solchen Ehen abraten, und falls erbliche Leiden in der Familie vorliegen, energisch auf die drohenden Gefahren aufmerksam machen soll. Nur bei einer bezüglich erblicher Krankheiten tadellosen Ahnentafel, die mindestens 3 Generationen umfassen soll, wäre ein Konsens wohl möglich.

Bernhoff.

Zuschrift an die Redaktion.

Wir erhalten folgenden «Offenen Brief an die Kollegen».

«Mit der Absicht umgehend, ein ärztliches biographisch-bibliographisches Handbuch, als Ergänzung und Fortsetzung von A. F. Smejew's «Русск. врачи писатели» zusammenzustellen, ersuche ich hiermit höflichst alle Kollegen, die wissenschaftliche Arbeiten auf dem Gebiete der Medizin aufzuweisen haben, mir gütigst kurze biographische Notizen und ein Verzeichniss ihrer gedruckten Arbeiten, mit genauer Angabe des Jahres und Orts der Veröffentlichung, mitteilen zu wollen. Sehr erwünscht sind auch Angaben über verstorbene Kollegen mit deutschem oder überhaupt fremdländischen Namen, da in Smejew's Lexikon bekanntlich nur Aerzte mit slawischen Namen berücksichtigt worden sind»

Adresse: Бердянскъ, доктору Н. Кумбергъ.

Tagesnachrichten.

Personalia.

— Ein seltenes Beispiel von körperlicher und geistiger Rüstigkeit in hohem Alter bietet der Berliner Arzt Dr. Paul Langerhans, der ungeachtet seines hohen Alters — er hat im Mai d. J. sein 87. Lebensjahr überschritten — noch das wichtige und anstrengende Amt des Vorstehers und Leiters der Stadtverordneten-Versammlungen bekleidet und erst neuerdings die Absicht geäussert hat, im Hinblick auf sein hohes Alter von diesem Amte zurückzutreten. Sein Mandat als Stadtverordneter gedenkt er jedoch auch fernerhin noch auszuüben. Die medizinische Doktorwürde erwarb er sich an der Berliner Universität vor nunmehr 65 Jahren und so lange hat er auch die ärztliche Praxis in Berlin ausgeübt, wo er zu den populärsten Männern zählt und daher auch durch das Vertrauen seiner Mitbürger i. J. 1875 in die Stadtverordneten-Versammlung berufen wurde, der er also 32 Jahre seine Kräfte gewidmet hat. Lange Jahre war Dr. Langerhans auch Mitglied des Preussischen Landtages sowie des Deutschen Reichtages, in welchen er, wie sein Freund Prof. Rudolf Virchow, der Fortschrittspartei und später der Freisinnigen Volkspartei angehörte. Er hat somit in einem Alter, in dem die meisten nach einem tatenreichen Leben voll Kämpfe und Mühen sich wohlverdienter Ruhe hingeben, noch unermüdlich für seine Mitbürger gewirkt und gearbeitet.

— Am 11. November fand hierselbst im grossen Dumasaale die Feier des 25-jährigen Bestehens des Instituts der Dumaärzte und zugleich das 25-jährige Jubiläum von 2 Aerzten und 6 Aerztinnen (S. Triwus, J. Silberberg sowie den Aerztinnen E. Wolfsohn, E. Wassiljewa, E. Ssacharowa, E. Schmemann, J. Injassewskaja und A. Dolganowa), welche seit der Gründung dem Institut angehören, statt. Die Stadt hat den Jubilaren und Jubilarinnen eine Jahresgage als Gratifikation bewilligt.

— Der ausserordentliche Professor der Anatomie an der Kiewer Universität, Dr. Stefanis, ist zum ordentlichen Professor ernannt worden.

— Das Mitglied des Kuratorenkomitees der Maximilianheilanstalt, Dr. J. Michailowski, ist für Auszeichnung zum wirkl. Staatsrat befördert worden.

— Zu Redakteuren der bekannten, früher von Dr. Sprimon herausgegebenen Monatsschrift «Medizinskoje Obosrenje» hat die «Moskauer Gesellschaft Russischer Aerzte», der die Zeitschrift jetzt gehört, für das nächste Jahr die DDr. F. Remesow und D. Orlow gewählt.

Der bekannte Gynäkologe Prof. Dr. A. Martin hat seine Professur an der Universität Greifswald aufgegeben und ist wieder nach Berlin zurückgekehrt. Zu seinem Nachfolger auf dem Lehrstuhl der Geburtshülfe und Gynäkologie in Greifswald ist der bisherige Privatdozent Prof. Dr. M. Henkel in Berlin ernannt worden.

— Die Privatdozenten der Wiener Universität Dr. Grosser (Anatomie) und Dr. Stoerk (pathologische Anatomie) sind zu ausserordentlichen Professoren ernannt worden.

Nekrologe.

Verstorben sind: 1) Am 14. Oktober in Kiew der Assistenzarzt der propädeutischen Klinik Dr. Wladimir Choroschilow an Sarkom der Bauchhöhle im Alter von 32 Jahren. Der Hingeschiedene war ein Schüler der Kiewer Universität, an welcher er i. J. 1899 den Arztgrad erlangte, worauf er anfangs als ausseretatmässiger Ordinator, zuletzt als etatmässiger Assistent an der obengenannten Klinik fungierte. Er ist auch mehrfach literärisch hervorgetreten. 2) In Makarjew (Gouv. Kostroma) der Landschaftsarzt Franz Xaver Malinowski im 63. Lebensjahre. Der Verstorbene ist seit der Absolvierung seiner Studien i. J. 1875 ununterbrochen als Arzt am örtlichen Krankenhause tätig gewesen; daneben bekleidete er auch den Posten eines Arztes an der geistlichen Schule in Makarjew. 2) In Konstantinopel der bekannte Arzt an der dortigen Deutschen Botschaft, Geh. Medizinalrat Dr. v. Mühlig, der auch das Hospital des deutschen Wohltätigkeitsvereins in Konstantinopel leitete. Dieses Hospital erhielt vor kurzem die Berechtigung zur Aufnahme von zwei Medizinalpraktikanten. 4) In Detmold am 14./27. November der ehemalige Brunnenarzt in Bad Nenndorf, Geh. Sanitätsrat Dr. Ernst Ewe im 65. Lebensjahre.

Standesangelegenheiten.

— In Homel (Gouv. Mohilew) wurden in dem Prozesse wegen des Eisenbahnstreiks vom Kiewschen Gerichtshof der Arzt Paraboschkin zu 1 Jahr und zwei andere Angeklagte zu 8 resp. 2 Monaten Festungshaft verurteilt. Vier Angeklagte, darunter der Homelsche Stadt- und Eisenbahnarzt Scheboldajew, wurden freigesprochen.

— Der Jaltaer Arzt Dr. Sergius Jelpatjewski, welcher als Redakteur des Journals «Semlja i Swoboda» für einen in diesem Journal erschienene Artikel «Was verlangen die Bauern?» zur gerichtlichen Verantwortung gezogen war, ist vom St. Petersburger Gerichtshof freigesprochen worden.

— Der stellv. Permsche Gouverneur hat beim Permschen Gouvernements-Landschaftsamt beantragt, den Chef des Gouvernements-Sanitätsbureaus Dr. A. Steinfeld und den älteren Ordinator am Gouv.-Landschaftshospitals Dr. Wl. Iwanow aus dem Dienst zu entlassen. (R. Wr.).

— Am 7. November wurde in St. Petersburg die Hebamme Bykowskaja verhaftet, da in einer Scheune bei dem von ihr bewohnten Hause 30 Pud illegale Literatur, Druckschriften u. drgl. mehr gefunden wurden.

— In Reval hat sich neuerdings, wie wir den Revaler Blättern entnehmen, auf Iniative der DDr. Haller und Kusick ein Estländischer Verein zur Bekämpfung der Tuberkulose konstituiert. Der Verein gedenkt seinen Zweck nicht durch die Beschaffung von Mitteln für ein Sanatorium zu verfolgen, sondern durch die Förderung zweckentsprechender Massregeln, um der entsetzlich viel Opfer fordernden Krankheit vorzubeugen und ihr durch sanitäre Wirksamkeit den Boden immer mehr streitig zu machen. Die von Aerzten und sonstigen Interessenten zahlreich besuchte konstituierende Versammlung beschloss, die DDr. Haller, Kusick und Thomson mit der Wahrnehmung der Interessen des Vereins bis zu der nach seiner Registrierung zu berufenden Generalversammlung zu betrauen.

Verschiedene Mitteilungen.

— «J. Bierbach «Reallexikon für praktische Aerzte» (Schreibtischkalender), 3. bedeutend vermehrte und erweiterte Auflage, Fischers medizin. Buchhandlung, Berlin 1908, Gross-Oktav, Preis Mk. 3, gelangt Anfang Dezember wieder zur Versendung».

— Die Robert-Koch-Stiftung hat eine namhafte Zuwendung von der bekannten Aktiengesellschaft Krupp erhalten, welche 15,000 Mark für die Stiftung gezeichnet hat. Seit dem Anfang des Oktobermonats sind bereits 150,000 Mark eingelaufen.

— Drei Gramm Radium sind in Wien neuerdings aus den von der österreichischen Regierung der Wiener Akademie der Wissenschaften geschenkten 10,000 Kilogramm Uranpechblende gewonnen worden. Das ist das grösste Quantum, das jemals bisher erzielt worden; doch kann nur ein Drittel als vollständig reines Radium bezeichnet werden. Die Herstellungskosten betrugen, abgesehen von dem Materialwert, 44,000 Kronen (= ca. 17,600 Rbl.). Im Laboratorium der Wiener Universität sollen nun Radiumexperimente grossen Stils unternommen werden. Es soll aber auch dem englischen Gelehrten Sir William Ramsay zur Ehrung seiner Verdienste um die Radiumforschung ein Bruchteil eines Grammes des kostbaren Materials leihweise zur Verfügung gestellt werden.

Bf.

✦ Nächste Sitzung des Vereins St. Petersb. Aerzte: Dienstag, d. 11. Dez. 1907.

Tagesordnung: Lange: 2 Fälle von Thorakoplastik (Krankenvorstellung).
Klopfer: Zur Kasuistik des Volvulus bei der Hirschsprung'schen Krankheit.

Entgegennahme der Mitgliedsbeiträge.

✦ Nächste Sitzung des Deutschen ärztlichen Vereins: Montag, d. 17. Dez. 1907.

Tagesordnung: 1) Albanus: Ein Fall von cystischer Degeneration der Organe.
2) Wladimiroff: Ophthalmoreaktion bei Malleus.

ANNONCEN JEDER ART werden in der Buchhandlung von **K. L. RICKER** in St. Petersburg, Nevsky-Pr. 14, sowie in allen in- und ausländ. Annoncen-Comptoiren angenommen. 

LANOLINUM PURISSIMUM «LIEBREICH»

Pharm. Ross.

in bekannter absoluter Reinheit und unübertroffener Qualität.

103) 52—26

Marke  **„Pfeilring".**

Vereinigte Chemische Werke Aktiengesellschaft

Charlottenburg.

ФОРМАМИНТЪ БАУЭРЪ

(FORMAMINT BAUER)

Новый препаратъ фирмы Бауэръ и К°, Берлинъ S. W. 48. Соединеніе формальдегида съ молочнымъ сахаромъ, имѣется въ продажѣ въ видѣ таблетокъ по 50 шт. въ склянкѣ. o o o o

Употребляется вмѣсто полосканія

ДЛЯ ОБЕЗЗАРАЖИВАНІЯ ЗѢВА И ПОЛОСТИ РТА

при различнаго рода воспалительныхъ заболѣваніяхъ (Ангина, Стоматитъ и т. п.) а также и

ДЛЯ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХЪ ЦѢЛЕЙ.

Таблетки дѣйствуютъ путемъ медленнаго растворенія во рту. Пріемъ: 1—2 таблетокъ каждый часъ. Литературу и пробы Гг. врачамъ безплатно.

Главное Представительство Санатогена Бауэръ

С.-Петербургъ, Больш. Конюшенная, 29.

Dr. Brehmer's Pension einschliessliche ärztliche Behandlung Hauptabteilg. **M. 6.50**, Zweigabteilg. **M. 4.25.**

Heilanstalten für Lungenkranke

Chefarzt Dr. v. Hahn. **Görbersdorf** Bahnstation Friedland Bez. Breslau.

Scharlach-Serum

innerlich zu reichen.
„**Scarlatin Marpmann**" Nr. 1 zur Vorbeugung
Nr. 2 zur Heilung
zu Rbl. 2.50 Kop. pro Flasche ist in den Apotheken zu haben.
Niederlage für St. Petersburg bei *K. A. Krentzien*,
Sergiewskaja, 3. Telephon Nr. 53-30.
Hauptniederlage beim Generalvertreter für Russland:
K. A. Jung, Moskau, Sadowniki, Haus Priwalow.

Adressen von Krankenpflegerinnen:

Frl. Pauline Winkel, Конногвардейскій переулокъ 4, кв. 2.

Zum Zweck der jährlich stattfindenden Kontrolle der Adressen der in der Liste der «St. Petersburger Medizinischen Wochenschrift» verzeichneten Krankenpflegerinnen ersuchen wir Diese hiermit der Redaktion Ihre jetzigen Adressen mitzuteilen.

Die Redaktion
der „St. Petersburger Med. Wochenschrift".

Herausgeber Dr. Rudolf Wanach. Buchdruckerei v. A. Wienecke Katharinenhofer Pr. № 15.

XXXII. JAHRGANG. ST. PETERSBURGER Neue Folge XXIV. Jahrg.

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Redaktion von

Prof. Dr. Karl Dehio. Dorpat.

Dr. Johannes Krannhals. Riga.

Dr. Rudolf Wanach. St. Petersburg.

Die „St. Petersburger Medizinische Wochenschrift" erscheint jeden Sonnabend. — Der Abonnementspreis ist in Russland 8 Rbl. für das Jahr. 4 Rbl. für das halbe Jahr inkl. Postzustellung; in den anderen Ländern 20 Mark jährlich, 10 Mark halbjährlich. Der Insertionspreis für die 3mal gespaltene Zeile in Petit ist 20 Kop. oder 45 Pfen. — Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt. - Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.

Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate bittet man ausschliesslich an die Buchhandlung von K. L. Ricker in St. Petersburg, Newsky-Prospekt № 14, zu richten. — Manuskripte sowie alle auf die Redaktion bezüglichen Mitteilungen bittet man an den geschäftsführenden Redakteur Dr. R. Wanach in St. Petersburg, Petersb. Seite, Alexandrowski Pr. 6 zu richten. Sprechst. Dienstag, Donnerstag und Sonnabend 5—6.

№ 47 St. Petersburg, den 24. November (7. Dezember). 1907.

(Aus der Dorpater Medizinischen Klinik).

Zur Pathologie der Blutbildung.

Vortrag, gehalten auf dem XIX. Aerztetage der Gesellschaft livländischer Aerzte im August 1907).

Von

Ernst Masing,
Assist. der Medizinischen Klinik.

Die roten Blutkörperchen des erwachsenen Säugetiers werden — das ist eine kaum mehr anzuzweifelnde Tatsache — fast ausschliesslich im roten Knochenmark gebildet. Es steht ferner fest, dass sie sich durch Kernverlust aus kernhaltigen Vorstufen — den Erythroblasten — entwickeln. Diese letzteren sind im Stande sich mitotisch zu teilen und auf diese Weise für den nötigen Nachschub zu sorgen. — Ob aber diese Erythroblasten die jüngste Entwickelungsform der erythropoietischen Reihe vorstellen, oder ob sie selbst aus anderen hämoglobinfreien Zellen hervorgehen und vielleicht sogar auf eine lymphoide Stammform zurückzuführen sind, von der auch die Reihe der weissen Blutkörperchen hervorgebracht wird, das sind Fragen, über die noch mit einer gewissen Erbitterung gestritten wird.

Auf die Einzelheiten dieses interessanten Streites kann ich hier nicht eingehen und will nur in aller Kürze über die vorläufigen Resultate [1]) von Untersuchungen berichten, die mir einige neue Anhaltspunkte zur Klärung der Frage der hypothetischen hämoglobinfreien Vorstufen zu geben scheinen und vielleicht auch sonst nicht uninteressant sind.

Wenn man Kaninchen mit kleinen — aber doch toxischen — allmälich steigenden Dosen eines Blutgifts, wie Pyrodin, Anilin, Pyrogallol etc. behandelt, so gehen im Blute solcher Tiere Veränderungen vor sich, die nach Ehrlich's Formulierung aus 2 Komponenten bestehen, nämlich Erscheinungen der Degeneration und der Regeneration [2]) des Blutes. Neben verschiedenen degenerativen Veränderungen der roten Blutkörperchen wie Poikilozytose, verminderte Resistenz, Schattenbildung, Zerfall und einer meist erheblichen Verringerung ihrer Zahl im Cbmm. sehen wir an den Erythrozyten des Blutes die sogleich aufzuzählenden Veränderungen, die wohl sicher als Regeneration aufzufassen sind [3]), da man ganz analoge Vorbilder auch im normalen Knochenmark antrifft. Fast genau dieselben Erscheinungen zeigen sich — das sei hier ausdrücklich betont — auch bei verschiedenen anämischen Zuständen des Menschen, besonders bei schweren.

Die Regeneration des Blutes äussert sich in folgenden Erscheinungen:

1) Es treten kernhaltige rote Blutkörperchen — also Vorstufen — auf. Anfangs sind sie wenig zahlreich und besitzen geschrumpfte, pyknotische Kerne; bei zunehmender Anämie ist ihre Zahl nicht selten grösser

[1]) Ein ausführlicher Bericht erscheint an anderer Stelle.

[2]) Die scharfe Scheidung von Degeneration und Regeneration ist wohl zuerst von Ehrlich («Ueber schwere anäm. Zustände» Kongr. f. innere Medizin 1892, ferner eine Reihe von Arbeiten in den Charitéannalen) durchgeführt worden.

[3]) Nach der Ansicht der meisten Hämatologen; Ehrlich sah freilich in der Polychromatophilie bis vor kurzem lediglich eine Degenerationserscheinung.

und ihre Kerne zeigen die von Pappenheim beschriebene radiäre Anordnung der Chromatinfäden.

2) Die neugebildeten roten Blutkörperchen sind z. T. polychromatophil, d. h. sie färben sich mit Gemischen von sauren und basischen Farbstoffen, z. B. Eosin-Methylenblau, nicht rein oxyphil, also rot, sondern sie nehmen auch eine gewisse Quote des basischen Farbstoffs auf, färben sich also im gewählten Beispiel blass violett-rot bis violett.

3) Die jungen Erythrozyten sind häufig übernormal gross, und zwar treten im Blutbilde die grossen Formen anfangs vereinzelt auf, während in späteren Stadien der chronischen Vergiftung nicht selten die Mehrzahl der Erythrozyten etwa $1^1/_2$ mal so gross ist, wie normal, also einen Durchmesser von 9—10—11 μ, statt 6, 5—7 besitzen.

Diese Erscheinung kann nicht durch die von Grawitz [4]) vertretene Annahme erklärt werden, die Zellen seien im verdünnten, anämischen Plasma gequollen. Denn dann müssten doch alle Blutkörperchen von vornherein gleichmässig vergrössert sein, es könnten nicht einzelne grosse gequollene zwischen massenhaften nicht gequollenen herumschwimmen; ferner müssten alle grossen Zellen einen relativ schwachen Hämoglobingehalt haben, während in Wirklichkeit ein Teil wenigstens hämoglobinreich ist.

Wir haben es also mit gross geborenen Formen zu tun.

4) Wenn es gelingt, die experimentelle Anämie bis zu einem höheren Grade zu bringen, so erscheinen im Blut auch kernhaltige Erythrozyten von übernormaler Grösse, die sogenannten Megaloblasten. Ueber diese Zellform ist viel diskutiert worden. Bekanntlich sieht Ehrlich [5]) und seine Schule im Auftreten von Megaloblasten das pathognomonische Symptom der progressiven perniziösen Anämie. Die Autoren dieser Richtung behaupten: eine noch so schwere Anämie ist an sich nicht perniziös, wenn Megaloblasten fehlen (ausgenommen sind dabei die sogen. aplastischen Anämien, bei denen die Blutbildung überhaupt gänzlich insuffizient ist), und umgekehrt, eine scheinbar harmlose Blutarmut ist perniziös, sobald Megaloblasten nachgewiesen werden können; denn das Wesen der perniziösen Anämie ist eine unzweckmässige „megaloblastische Degeneration" des Knochenmarks, die sich klinisch im Auftreten von Megaloblasten im Blut äussert.

Gegen diese Auffassung machen Askanazy [6]), Grawitz [7]) und viele andere Autoren geltend, dass Megaloblasten sich im Blut bei allen schweren, auch den nicht pernizösen Anämien finden können, dass kein prinzipieller Gegensatz zwischen Megaloblasten und Normoblasten besteht, dass bei richtigen perniziösen Anämien Megaloblasten fehlen können und auch das Knochenmark nicht megaloblastisch entartet zu sein braucht. Mir scheinen diese Einwände schwerwiegend genug, um den Ehrlich'schen Standpunkt zu erschüttern. Ich will aber nicht auf die Diskussion dieser Frage eingehen, sondern nur darauf hinweisen, dass es bei Kaninchen gelingt experimentell das Auftreten von Megaloblasten im Blut und „megaloblastische Degeneration" des Knochenmarks hervorzurufen. Das Blut von zweien meiner Kaninchen enthielt gegen Ende der 2. Anämiewoche einer chronischen Anilinvergiftung grosse Erythroblasten von 11—13 μ im Durchmesser mit grossen, relativ chromatinarmen Kernen. Die Untersuchung des gleichzeitig durch Rippenresektion gewonnenen Knochenmarks liess erkennen, dass Erythrozyten und die Normoblasten des Marks an Zahl stark vermindert waren und statt dessen zahlreiche schwach hämoglobinhaltige grosse Zellen mit grösseren Kernen — also Megaloblasten — aufgetreten waren.

Auch Reckzel [8]) fand bei ähnlichen Versuchen Megaloblasten im Blut von Hunden. Bei einem meiner Kaninchen setzte ich die Anilinbehandlung aus: die Megaloblasten verschwanden und nach etwa $2^1/_2$ Wochen war das Blut des Tieres wieder normal. Dasselbe resultiert aus den Beobachtungen von Schaumann [9]) über die Botriocephalusanämie, bei der nach Abtreibung des Wurms die Megaloblasten verschwanden, und von Grawitz [10]) über die Heilbarkeit der kryptogenetischen perniziösen Anämie.

Die zitierten Autoren fassen daher megaloblastische Blut- und Knochenmarksveränderungen als ein Symptom auf, das direkt abhängig ist von der Schwere des anämischen Zustandes, nicht aber als primär, an sich perniziös angesehen werden darf, wie u. a. H. F. Müller [11]) will. Auf Grund meiner Experimente kann ich mich dieser Ansicht vollständig anschliessen.

Damit bin ich auf einen Punkt gekommen, der eine etwas eingehendere Behandlung verdient. Soweit ich orientiert bin war Ehrlich [12]) der erste, der die „megaloblastische Degeneration" des Knochenmarks für einen Rückschlag ins Embryonalstadium erklärte, da die frühfoetale Blutbildung eine megaloblastische ist. Auch bei anderen Autoren finden sich ähnliche Auffassungen der schweren Blutkrankheiten überhaupt. Ich glaube aber diesen Satz allgemeiner formulieren und sagen zu müsssen: sobald die normale Blutbildung nicht mehr im Stande ist den experimentell erzeugten oder krankhaft entstandenen Defekt an roten Blutzellen zu decken, so treten im Blut und in den blutbildenden Organen Veränderungen auf, die embryonalen Zuständen entsprechen und zwar um so früheren Zuständen je schwerer die Anämie ist.

Betrachten wir zunächst das Blut des experimentell anämischen Kaninchens. Wie oben erwähnt, enthält es kernhaltige rote Blutkörperchen. Normoblasten sind aber auch bekanntlich ein konstanter Bestandteil des embryonalen Bluts und kommen sogar häufig im Blut des neugeborenen Säugers vor; und zwar sind die Kerne dieser Normoblasten im späteren Embryonalleben, resp. bei leichter Anämie, meist pyknotisch, geschrumpft, während in früheren Embryonalstadien und bei schwerer Anämie sich jugendliche Radspeichenkerne finden.

Ferner wies das anaemische Kaninchen polychromatophile Blutzellen auf. Dasselbe zeigt auch das foetale Blut zeitweilig als physiologischen Zustand [13]). Bei einem nicht völlig ausgetragenen neugeborenen Kaninchen fand ich polychromatophile Zellen in sehr bedeutender Anzahl (etwa $^1/_3$ der Gesamtzahl aller roten).

---

[4]) «Klinische Pathologie des Blutes» III. Auflage. Leipzig 1906 u. a. a. O.

[5]) «Ueber schwere anämische Zustände» Kongr. f. innere Med. 1892, ferner «Die Anämie» Bd. VIII von Nothnagels Spezieller Path. u. Therapie.

[6]) «Ueber einen interessanten Blutbefund bei rapid letal verlaufender perniziöser Anämie» Zeitschrift f. klin. Med. Bd. 23 pg. 83.

[7]) Klin. Pathol. des Blutes l. c.

[8]) «Ueber die durch das Alter der Organismen bedingten Verschiedenheiten der experimentell erzeugten Blutgiftanämien». Zeitschr. f. klin. Med. Bd. 54 pg. 178.

[9]) «Zur Kenntnis der sogen. Bothriocephalusanämie». Helsingfors 1894 und andere Arbeiten.

[10]) l. c.

[11]) «Ueber die atypische Blutbildung bei der progressiven perniziösen Anämie». Dtsch. Arch. f. klin. Med. Bd. 51 pg. 282.

[12]) «Ueber schwere anämische Zustände» l. c. u. a. a. O.

[13]) Naegeli: «Blutkrankheiten und Blutdiagnostik». Leipzig 1907 pg. 72. Anm. ferner die Arbeiten von Engel.

Drittens waren die neugebildeten Blutkörperchen des anämischen Tieres in der Regel übernormal gross. Tanquist [14]) und Heinz [15]) haben berechnet, dass dadurch der mittlere Durchmesser aller hämoglobinführenden Zellen zunimmt, trotz gleichzeitigen Vorkommens von Zwergformen: Mikrozyten. Ebenso lässt sich auch durch Messung embryonaler Blutkörperchen leicht beweisen, dass sie durchschnittlich grösser sind, als im extrauterinen Leben.

Wie wir oben sahen, können bei schweren Anämien schliesslich Megaloblasten im Blut auftreten. In Uebereinstimmung damit finden sich beim reiferen Embryo meist keine Megaloblasten, wohl aber in früheren Zuständen, und zwar im allgemeinen um so mehr, je früher.

Also alle oben beschriebenen regenerativen Erscheinungen des anämischen Blutes sind normalerweise im foetalen Blut vorhanden.

Dieser Parallelismus von Anämie und Jugendzuständen gilt aber nicht nur für das Blut, sondern auch für die blutbildenden Organe. Abgesehen von der schon besprochenen „megaloblastischen Degeneration" des Knochenmarks (die man eigentlich garnicht Degeneration nennen dürfte, denn es ist in Wirklichkeit ein Regenerationsprozess) und anderen Analogien zwischen anämischem und embryonalem Mark findet sich auch eine weitgehende Uebereinstimmung beider Zustände in Bezug auf die Lokalisation der Blutbildung. Wie bekannt, sind im frühen Embryonalleben alle Kapillaren hämatopoietisch; wir beobachten also eine diffus im Organismus verbreitete intravaskuläre Bildung von roten Blutzellen. Späterhin beschränkt sich diese Neubildung auf die Kapillaren der Leber; noch später wird die Milz erythropoietisch bis endlich das Mark zuerst aller, dann nur der platten Knochen die führende Rolle übernimmt und die übrigen Organe in dieser Beziehung ersetzt.

Anämische Zustände des Menschen und experimentelle progressive Blutgiftanämien bei Tieren zeigen, dass sobald das Mark der platten Knochen insuffizient wird, in den Röhrenknochen rotes Mark auftritt. Späterhin kann auch die Milz wieder ihre erloschene erythropoietische Funktion wiedererlangen (Dominici [16]), Kurpjuweit [17]), Meyer und Heinecke [18]) u. a.). Askanazy [19]) u. a, fanden bei schweren menschlichen Anämien Blutbildung in der Leber, Meyer und Heinecke [18]) riefen dieselbe experimentell bei Kaninchen hervor. Bei den allerschwersten Zuständen kann schliesslich das Blut selbst wieder, wie in frühester Embryonalzeit, zum blutbildenden Organ werden, indem im strömenden Blut mitotische Teilung, also Vermehrung der Erythroblasten zu Stande kommt. Ein lehrreiches Beispiel dafür liefert ein von Askanazy [20]) beobachteter Fall.

Es ist schon a priori wahrscheinlich, dass diese Uebereinstimmung von anämischen und ontogenetisch-frühen Zuständen auch für phylogenetisch-frühe Vorstufen Geltung haben wird.

Eine vergleichende Physiologie der Blutbildung würde uns zu weit führen, daher will ich nur auf einige bekannte Tatsachen kurz hinweisen. Die Blutkörperchen der Säuger sind kernlos und relativ klein; alle übrigen Wirbeltiere haben grössere kernhaltige Erythrozyten. Polychromatophilie ist eine stets vorhandene Eigentümlichkeit des normalen Vogelblutes und findet sich auch nicht selten bei niederen Säugetieren. — Ferner sind bei einigen Tieren solche Organe dauernd hämatopoietisch tätig, die es beim Säugetier nur vorübergehend in der Embryonalzeit und während schwerer Anämien sind, so z. B. die Milz der Urodelen.

Ich will ja nicht mit Sicherheit behaupten, dass überall da, wo das anämische Blutbild dem normalen Blutbilde niederer Tiere gleicht, oder ähnelt, die phylogenetische Abstammung durchaus die Ursache der Aehnlichkeit sein muss. Mit anderen Worten, wenn z. B. das Blutkörperchen des anämischen Säugetiers gross ist, so braucht das noch nicht unbedingt ein Rückschlag ins Eidechsenstadium zu sein. Die Individualität der Art könnte dabei als wesentlicher Faktor mitspielen und zufällig einmal phylogenetischen Jugendzuständen analoge Erscheinungen hervorbringen. Wenn sich also hier eine gesetzmässige Relation auch nicht immer beweisen lässt, so scheint mir die Uebereinstimmung im Allg. keine zufällige zu sein. Sie harmoniert auch aufs beste mit der nachgewiesenen Uebereinstimmung anämischer Befunde mit ontogenetischen Jugendzuständen.

Ich glaube also sagen zu dürfen: Sobald die normale Blutbildung nicht mehr im Stande ist chronische Blutverluste zu decken, so regeneriert sich das Blut nach den Vorbildern onto- und phylogenetischer Jugendzustände und zwar im Allgemeinen um so früherer, je schwerer die Blutverluste sind.

Ich habe mir erlaubt diese Hypothese des Rückschlags in Frühzustände etwas ausführlicher zu behandeln, weil sie uns einige Anhaltspunkte zur Aufklärung der Genese der Erythrozyten giebt; damit kehren wir zu der Frage zurück: entstehen die roten Blutscheiben aus hämoglobinfreien Vorstufen, oder vermehren sie sich nur durch Teilung von Hämoglobinträgern?

Auch diejenigen Autoren, die für erwachsene Säugetiere die Theorie der hämoglobinfreien Vorstufen bekämpfen, wie Heinz [21]), Naegeli [22]) u. a. geben zu, dass in frühester Embryonalzeit und bei niederen Wirbeltieren eine Entwickelung von Erythrozyten aus hämoglobinfreien Zellen stattfindet. In seiner mehrfach zitierten Arbeit giebt Heinz sehr instruktive Abbildungen von Schnitten durch das Vogel-, Eidechsen- und Froschmark und die blutbildende Kopfniere des Karpfens; nebenbei befinden sich die zugehörigen Blutbefunde, die auch während der Regenerationsphase nach Anämien erhoben sind. Aus diesen geht u. a. hervor, dass in den hämatopoietischen Organen und sogar im Blut der genannten Tiere sich hämoglobinfreie, sogen. Spindelzellen zu Erythrozyten entwickeln können. Diese Tatsachen machen es wahrscheinlich, wenn wir uns die Theorie des Rückschlags in Frühzustände vergegenwärtigen, — dass auch bei Säugetier und Mensch sich — wenigstens in anämischen Zuständen — ähnliche Vorgänge abspielen. Diese Voraussetzung kann auch experimentell gestützt werden. Schon im normalen Säugermark, besonders aber bei Anämien, finden sich Zellen, die als Vorstufen der Erythroblasten gedeutet werden können. Sie haben die Grösse von kleinen Megaloblasten, also etwa 9—12 μ im Durchmesser; der Kern ist der typische Radspeichenkern des Erythroblasten, oder etwas grösser mit weniger dicken unregelmässig angeordneten Chromatinfäden.

---

[14]) «Ueber experimentelle Blutgiftanämien». Helsingfors 1900 pg. 105.
[15]) «Ueber Blutdegeneration und Regeneration». Zieglers Beiträge Bd. 29 pg. 360.
[16]) Arch. de médecine exper. 1901 u. 1902.
[17]) Deutsches Arch. f. klin. Med. Bd. 77 u. 88.
[18]) «Ueber Blutbildung in Leber und Milz bei schweren Anämien». Verhandlung der Deutschen Path. Gesellschaft 1905 pg. 224.
[19]) «Ueber extrauterine Bildung von Blutzellen in der Leber». Verhdlg. d. path. Gesellsch. 1904 p. 58.
[20]) «Ueber einen interessanten Blutbefund etc.». Zeitschrift f. klin. Med. Bd. 23 pg. 80.

[21]) l. c.
[22]) l. c.



Der Zelleib ist basophil und entweder homogen, oder aber — wohl bei jüngeren Formen wabig differenziert, gleichsam mit feinsten Körnchen durchsetzt; er ist auch mit den stärksten Vergrösserungen besehen im nativen Präparat farblos und lässt keine Spur von Hämoglobin erkennen. Bei schweren experimentellen Anämien fand ich ähnliche Zellen auch im Blut [23]), wo sie sich durch ihre abweichende Kernstruktur von gleich grossen Lymphozyten unterscheiden. Auch beim Menschen sind ähnliche Gebilde gesehen worden, wie eine Abbildung von Schleiss[24]) lehrt. Diese Zellen sind im Knochenmark schon früher meist als kleinere lymphoide Zellen beschrieben worden. Eine ganze Reihe von Autoren: Löwit, Grawitz, Pappenheim, Rubinstein, Hollmann u. a. sieht diese Zellen für Vorstufen der Erythroblasten an und vertritt auch die Existenz einer den Erythrozyten und Leukozyten gemeinsamen Stammzelle. Doch glaube ich nicht, dass die vorgebrachten Beweisgründe: nämlich der Nachweis von Uebergangsformen und die von Hollmann[25]) durch Zählungen erhobene Tatsache, dass bei Anämien die Erythrozyten des Knochenmarks an Zahl abnehmen, die lymphoiden Zellen aber zunehmen, — allein genügen. Jedenfalls ist manches dagegen angeführt worden[26]), Uebergänge finden sich auch zwischen echten Lymphozyten und polynukleären neutrophilen Leukozyten, ohne dass die einen von den andern abzustammen brauchen, und die Zählmethode scheint mir nicht zuverlässig zu sein.

Wohl aber glaube ich folgendes als wahrscheinlich hinstellen zu können: Wenn im schwer anämischen Blut nach anderen bekannten Jugendformen schliesslich hämoglobinfreie Elemente auftreten, die einerseits den Erythroblasten und andererseits den embryonalen Vorstufen der Erythroblasten sehr ähnlich sind und endlich homologen Formen bei phylogenetischen Vorfahren entsprechen, so dürfen wir diese Elemente als zur Aszendenz der Erythrozyten gehörig rechnen. — Und wenn sich diese Abstammung auch durch andere Methoden beweisen lässt, so ist sie eine neue Bestätigung der Ansicht, dass die Blutregeneration bei Anämien sich nach onto- und phylogenetischen Vorbildern vollzieht.

Und was ist der Sinn dieses gesetzmässigen Rückschlags? Ehrlich[27]), H. F. Müller und in neuester Zeit Funck[28]) erkennen ihn nur für perniziöse Blutkrankheiten an und sehen in ihm ein Zeichen maligner Entartung. Mir scheint eine andere Deutung viel plausibler. Nach ausgiebiger Zerstörung von roten Blutkörperchen wie nach reichlichen Blutverlusten ist eine ausserordentliche Steigerung der Bildung von neuen Blutzellen erforderlich. Ueberall da, wo eine solche ausserordentlich erhöhte Neubildung von Zellen stattfindet, bemerken wir auch, dass die Zellen ihrem Embryonaltypus sich nähern; denn je weniger differenziert eine Zelle ist, um so grösser ist die Energie mit der sie sich vermehrt, und umgekehrt. Die hochdifferenzierte Grosshirnzelle scheint sich, einmal entwickelt, überhaupt nicht mehr teilen zu können.

Dagegen finden wir den undifferenzierten Embryonaltypus bei der Entwickelung des Eis, bei rasch wachsenden malignen Tumoren, im Granulationsgewebe, bei Regeneration von Organteilen, wie der zur Hälfte extirpierten Kaninchenleber, bei der Callusbildung und ähnlichen progressiven Prozessen. Es scheinen also die Zellen eines Gewebes ihren Embryonaltypus wiedergewinnen zu müssen, um ausserordentlichen Ansprüchen an ihre Vermehrung gerecht zu werden.

Deswegen vollzieht sich auch, wie ich glaube, die gesteigerte Blutbildung durch Produktion von Jugendformen embryonalen Charakters, die freilich wenig differenziert und daher funktionell minderwertig sind, wie z. B. hämoglobinarme Erythroblasten, aber dafür entwickelungsfähig und durch ihre massenhafte Vermehrung imstande sind auch anhaltende schwere Blutverluste zu kompensieren[29]).

[23]) Freilich nur in gefärbten Trockenpräparaten, in denen ein sehr schwacher Hämoglobingehalt vielleicht nicht zur Darstellung kommt.

[24]) «Atlas der Blutkrankheiten» Berlin—Wien 1907 Fig. 34.

[25]) «Zur Frage der Regeneration des Blutes» Petersb. med. Wochenschr. 1906 Nr. 29.

[26]) cf. besonders Naegeli: «Blutkrankheiten und Blutdiagnostik».

[27]) l. c.

[28]) «Zur Biologie der perniziösen Blutkrankheiten und der malignen Zellen». Berl. klin. Wochenschrift 1907 pg. 923.

[29]) Auch Meyer und Heinecke halten, soweit ich aus dem kurzen Referat in den «Verhandlungen der Deutschen path. Gesellschaft 1905» ersehen kann, die Rückkehr zum embryonalen Blutbildungstypus für einen kompensatorischen Vorgang.

Bücheranzeigen und Besprechungen.

G. v. Voss (Greifswald): Der Hypnotismus, sein Wesen, seine Handhabung und Bedeutung für den praktischen Arzt. (Sammlung zwangloser Abhandlungen aus dem Gebiete der Nerven- und Geisteskrankheiten, herausgegeben von Prof. A. Hoche, Freiburg, Band VII, Heft 7.) Halle a. S. 1907. Verl. v. Carl Marhold. Preis Mk. 1,20.

Die vorliegende kleine, fliessend und mit Sachkenntnis geschriebene Abhandlung giebt auf knapp 40 Seiten ein anschauliches Bild von dem Wesen und der therapeutischen Bedeutung des Hypnotismus. Nach einem kurzen geschichtlichen Ueberblick über die Entwickelung dieses Heilverfahrens, erörtert Verf. die Rolle der Suggestion und der Suggestibilität bei der Erzeugung der Hypnose, um dann die mannigfachen psychischen und körperlichen Erscheinungen zu besprechen, welche bei den Hypnotisierten beobachtet werden. In den nun folgenden beiden wichtigsten Abschnitten der Broschüre, welche die Technik der Hypnose und die spezielle Hypnotherapie behandeln, schildert Verf. in klarer und hinlänglich ausführlicher Weise das von ihm in Anlehnung an Löwenfelds Methode beim Hypnotisieren befolgte Verfahren und bespricht dann die Indikationen desselben bei verschiedenen für die Anwendung der Hypnotherapie passenden Krankheitszuständen, zu welchen er nicht nur die sog. funktionellen Krankheiten, sondern auch viele organische Erkrankungen rechnet. Wenig oder gar keinen Erfolg hat er bei der hypnotischen Behandlung von Krampfzuständen, Sprachstörungen, traumatischen Neurosen und Epilepsie gehabt. Die letzten Seiten sind den Schwierigkeiten und Gefahren, sowie der forensischen Bedeutung der Hypnose gewidmet. Mit Recht stellt Verf. als unabweisliche Forderungen hin, dass die Hypnotisierungen stets nur in Zeugengegenwart und mit ausdrücklichem Einverständnis der Hypnotisierten vorgenommen werden; ferner, dass in der Hypnose alle Handlungen und Suggestionen zu vermeiden sind, welche sich ausserhalb des Rahmens der therapeutischen Beeinflussung bewegen, und endlich, dass die Vornahme hypnotischer oder magnetischer Kuren Laien gesetzlich untersagt sein sollten.

Nach dieser Skizzierung ihres Inhalts kann die kleine lesenswerte Abhandlung dem praktischen Arzte zur schnellen Orientierung und Anleitung bei der Ausübung der Hypnose angelegentlichst empfohlen werden.

Bernhoff.

Auszug aus den Protokollen der Gesellschaft praktischer Aerzte zu Libau.

Sitzung vom 1. März 1907.

1. Man demonstriert einen Patienten von 32 Jahren, der seit 11 Jahren verheiratet ist, und weder eine venerische Infektion durchgemacht, noch irgend ein Trauma erlitten haben will. Seine Affektion soll seit 6 Wochen bestehen. Man fühle hinter der Glans penis in einer Ausdehnung von ca. 2 cm. eine kleine, knorpelharte, längliche, schalenförmige Platte von 1/4 cm. Breite, die im Dreieck zwischen den corpora cavernosa penis und corpus cavern. urethrae, mit der Fläche horizontal zur Urethra verlaufe. Schmerzen bei der Palpation seien nicht vorhanden; während der Erektion, wo der Penis keine abnormen Veränderungen erleidet, empfinde Patient geringe Schmerzen. Im urethroskopischen Bilde sei die Schleimhaut der Harnröhre nicht veränderr, doch sehe man eine Vorstülpung der oberen Harnröhrenwand in der beschriebenen Ausdehnung. — In Nr. 46 der Berlin. klin. Wochenschr. 1906 beschreibt Neumark einen Fall von plastischer Induration des Penis kombiniert mit Dupuytrenscher Kontraktur des vierten Fingers der linken Hand bei einem 39-jährigen Manne. Vom dorsum penis aus fühlte man einen 6 cm. langen, 1 cm. breiten fast drehrunden Strang, der nach hinten bis zur Peniswurzel, nach vorn nicht ganz bis zur glans reicht und in der Mittellinie sich befindet. Auch hier ist ein Zusammenhang mit der Harnröhre oder den corpora cavernosa nicht zu bemerken. Bei der Erektion ist das Glied nach oben gebogen, doch besteht potentia coëundi.

Zur Erklärung seines und des Neumark'schen Falles zieht Man die Ausführungen Winiwarters (im Lehrb. d. Urologie) über Knochen- und Knorpelbildung im Penis heran. Dieser Autor erwähnt zunächst des Vorkommens fibrös verdichteten Gewebes in der Längsaxe der menschlichen Glans an Stelle des Penisknochens vieler Tiere und bringt dann einige Fälle von Knorpel- und Knochenbildung des Septum und der Albuginea aus der Litteratur. Als ätiologische Momente seien Traumen, chron. Kavernitis, Syphilis und Gicht angegeben worden, doch sei eine senile Verknöcherung das wahrscheinlichste.

Nachdem Prissmann ebenfalls den Patienten untersucht hat, spricht er seine Ansicht dahin aus, dass es sich hier blos um Veränderungen handele, wie sie nach periurethralen, eventuell gonorrhoischen Abszessen auftreten können. Eine Verkrümmung brauche ein kleines Infiltrat noch nicht zu machen.

2. Schmähmann demonstriert einen Fall von intermittierendem Hinken.

Falk hat die Patientin vor 4 Jahren behandelt; sie litt damals an Neuralgien der linken unteren Extremität im Anschluss an ein langes Krankheitslager; ein intermittierendes Hinken war damals nicht vorhanden. Nach einer halbjährigen Erholungsreise kehrte die Patientin gesund zurück.

Nach Brehm ist als Ursache des intermittierenden Hinkens mit Sicherheit die Arteriosklerose anzusehen. In Analogie mit dieser Form einer partiellen Arteriosklerose spricht man auch von intermittierendem Hinken des Darms, des Herzens. Solche partiellen Arteriosklerosen seien durchaus prognostisch ungünstiger zu beurteilen als die allgemeine Arteriosklerose, daher verläuft auch die gewöhnliche senile Gangrän gutartiger als die Gangrän der jugendlichen Individuen, da es sich bei den Letzteren fast immer um partielle Arteriosklerose handele. Idelson wies eine Prädiposition der Juden für dieses Leiden nach; ebenso disponiert nach ihm der pes planus, der bei den Juden häufig ist. Idelson schlägt therapeutisch u. a. vorsichtige Anwendung der Bier'schen Stauung vor. Interessant sind neuere Beobachtungen, wonach gelegentlich eine starke Bruchbandpelotte die Art. femoralis so erheblich drückte, dass intermitt. Hinken die Folge ist.

Schmähmann teilt noch mit, dass in seinem Falle Jod sehr gut wirke. Massage sei im Allgemeinen verpönt, doch kenne er einen Fall, bei dem sie andauernd gut vertragen wurde.

Nach Lackschewitz hat Prof. Zoege anfangs bei dem damals so benannten «arteriosklerot. Rheumatismus» vor Massage gewarnt, sich aber später durch gute Erfolge bekehren lassen. Es sei auch nicht einzusehen, warum vorsichtig angewandte Massage schaden sollte.

3. Schmähmann referiert über einen ganz kürzlich beobachteten Fall von Milzbrand.

Im Anschluss daran berichtet Braun als Sanitätsarzt über die getroffenen sanitären Massnahmen und Mag. Siew über das Resultat der bakteriologischen Untersuchung. An der Diskussion beteiligen sich besonders Brehm, Schmähmann, Mey, Ahlberg und Stender.

4. Ischreyt stellt eine 23-jährige Patientin mit Glaukom im myopischen Auge vor. Dieselbe hat nie weit gesehen, ebensowenig ihre Schwester. Das linke Auge erblindete vor ca. 12 Jahren, das rechte Auge wurde vor mehr als 6 Jahren sehr sehschwach und es wurde eine Operation an ihm ausgeführt. Schmerzen sind nie vorhanden gewesen. Die Untersuchung zeigt links ein congenitales ovales Iriskolobom, dessen lange Axe schräg nach unten innen gerichtet ist. Das linke Auge ist amaurotisch infolge einer Netzhautablösung. Das rechte Auge ist sehr gross, sein Druck ist erhöht. Bei der ersten Besichtigung am 26. Februar war die Pupille weit und die Medien waren getrübt, erst der Gebrauch von Pilocarpin hat diese glaukomatösen Symptome zum Verschwinden gebracht. Eine Injektion ist dagegen auch damals nicht vorhanden gewesen. Mit dem Augenspiegel erkennt man starke Glaskörpertrübungen, eine seichte Pupillenexcavation, Conus annularis und Staphyloma post. verum. Es besteht M von 22 Dioptr. Der Visus ist bis auf Erkennen von Fingern in allernächster Nähe gesunken. — Wir haben in diesem Falle eine nicht häufige Form eines Sekundärglaukoms vor uns. Die Prognose ist eine sehr schlechte.

(Autoreferat).

Präses: Prissmann.
Sekretär: Ischreyt.

Tagesnachrichten.

Personalia.

— Ehrung Prof. Stiedas durch die baltischen Studenten in Königsberg. Da Prof. Stieda zur Feier seines 70. Geburtstages auf eine Woche nach Giessen verreist war, so konnte der Glückwunsch seiner baltischen Zuhörer ihm erst nachträglich dargebracht werden. Nach seiner Rückkehr überreichte ihm der Ausschuss des Verbandes deutscher Balten an der Albertina eine Adresse in Form einer Ledermappe, in deren Deckel 6 Wappen geschnitzt sind, nämlich die Wappen Königsbergs, Rigas, Dorpats, Livlands, Estlands und Kurlands.

— Dem Oberarzt des Moskauer Militärhospitals Kaiser Peter I., wirkl. Staatsrat Dr. Nikolai Jakimow, ist der St. Wladimirorden III. Klasse und dem Leiter der Abteilung für Geisteskranke an diesem Hospital, Staatsrat Dr. Alelekow, ist der St. Annenorden II. Klasse verliehen worden.

— Verabschiedet sind: der Divisionsarzt der II. ostsibirischen Schützendivision, Staatsrat Dr. Johann Dylewski, und der Brigadearzt der 4. Sappeurbrigade, Staatsrat Dr. Akalow, — beide mit Uniform und Pension und letzterer zugleich unter Beförderung zum wirklichen Staatsrat.

Die ausserordentlichen Professoren der Tomsker Universität Dr. Mysch und Dr. Tichow sind zu ordentlichen Professoren befördert worden, ersterer — auf dem Lehrstuhl der theoretischen Chirurgie, letzterer — auf dem Lehrstuhl der chirurgischen Hospitalklinik.

— Der Privatdozent der Chirurgie an der Moskauer Universität Dr. W. Serenin ist zum Ehrenkurator des Gymnasiums in Mstisslawl für ein Triennium ernannt worden.

— Der Konsultant für innere Krankheiten beim Orelschen Alexandra-Fräuleinstift, wirkl. Staatsrat Dr. Uspenski, ist auf eigenes Ersuchen verabschiedet worden.

— Sein 25-jähriges Jubiläum als Universitätslehrer begeht am 7. Dezember n. St. der Professor extraord. der Pädiatrie an der Berliner Universität, Dr. Adolf Baginsky, der seit 17 Jahren auch als Direktor das Kaiser und Kaiserin Friedrich-Kinderkrankenhaus leitet. Baginsky ist eine Autorität auf dem Gebiete der Kinderheilkunde und hat sich publizistisch durch seine Werke über Kinderkrankheiten, Schulhygiene, Pflege des gesunden und kranken Kindes, sowie über das Leben des Weibes hervorgetan. Er ist auch der Begründer des Archivs für Kinderheilkunde.

— Der Oberarzt des St. Petersburger Findelhauses Dr. van Puteren ist, wie wir dem «Regierungsanzeiger» entnehmen, auf sechs Monate, gerechnet vom 1. November d. J., ins Innere des Reiches und ins Ausland beurlaubt worden.

Nekrologe:

Verstorben sind: 1) Am 17. November zu Siuxt (in Kurland) der dortige Landarzt Dr. Paul Grossberg plötzlich im 53. Lebensjahre. Der Hingeschiedene stammte aus Kurland, erhielt seine Gymnasialbildung in Riga und bezog dann i. J. 1877 die Universität Dorpat, an welcher er bis 1883 Medizin studierte. Nach Absolvierung des Arztexamens begann er seine ärztliche Tätigkeit zu Autzhof in Kurland, siedelte aber 1885 nach Doblen über, wo er aber nur ein Jahr blieb, um sich dann dauernd in Siuxt als Kirchspielsarzt niederzulassen. Im Jahre 1890 war er zur weiteren Ausbildung in Berlin und Würzburg. 2) Am 18. November in St. Petersburg der frühere Herausgeber und Redakteur der medizinischen Zeitschrift «Wratschebnija Wjedomosti», wirkl. Staatsrat Dr. Peter Ilinski, im Alter von 71 Jahren. Der Verstorbene war im Gouv. Kostroma geboren und hatte seine Erziehung im Twerschen geistlichen Seminar genossen, worauf er sich dem Studium der Medizin an der mediko-chirurgischen Akademie widmete. Nach Erlangung des Arztgrades i. J. 1860 praktizierte er ca. 7 Jahre im Kostromaschen Gouvernement und beschäftigte sich auch mit statistischen Arbeiten für das vom Ministerium des Innern herausgegebene «Archiv für gerichtliche Medizin». Infolge dieser statistischen Arbeiten erhielt er eine Anstellung beim Medizinaldepartement in Petersburg, wo er sich nebenbei auch mit der Behandlung von Kinderkrankheiten befasste. Hier gründete er auch im Jahre 1875 die zweimal wöchentlich erscheinende medizinische Zeitschrift «Wratschebnija Wjedomosti», die 1884 in «Russkaja Medizina» umbenannt wurden, deren Redaktion später die DDr. Kosorotow und Fomin übernahmen. Als die Wratschebnija Wjedomosti zu erscheinen begannen, existierten, wie uns erinnerlich, ausser dem Referatenjournal «Medizinskoje Obosrenje» und dem von Prof. Walther in Warschau herausgegebenen kleinen Blatte «Sowremennaja Medizina», nur zwei russische med. Wochenschriften, welche kurze wissenschaftliche Artikel brachten. Es hätten daher die in grösserem Umfange erscheinenden «Wratschebnija Wjedomosti» einem dringenden Bedürfnis der russischen Aerzte entsprechen können, wenn sie nicht durch ihre zu weit ausgesponnenen Originalartikel, welche oft durch 3, 4, ja 5 Nummern hindurchgezerrt wurden, und ihre häufigen sinnentstellenden Druckfehler, namentlich was die lateinischen Ausdrücke anbelangte, das Lesen verleidet hätten. Die «Wr. Wjedomosti» mussten daher, als 2 Jahre später der «Wratsch» des Prof. Manassein auf den Plan trat und sehr bald eine dominierende Stellung einnahm, stark in den Hintergrund treten. Abgesehen von seiner redaktionellen Tätigkeit, ist Dr. Ilinski auch mehrfach literärisch hervorgetreten: er hat eine «Sammlung von Gesetzen für die Aerzte» und einen «Kalender für Aerzte» herausgegeben, ein Buch über «Die Russische Frau im Kriege» geschrieben und eine umfangreiche Arbeit «Ueber die Evakuation» — die Frucht seiner Beteiligung an der Leitung der Evakuation Verwundeter im Kriege 1877/78 — veröffentlicht. Zu Ende der 90-er Jahre gab er seinen Dienst in Petersburg auf und lebte seit der Zeit in Kostroma, wo er sich vorzugsweise mit statistischen Arbeiten beschäftigte. 3) In Libau der ältere Ordinator des Marinehospitals im Hafen Alexanders III. Dr. Peter Alexejew im 45. Lebensjahre. Der Verstorbene hat die ärztliche Praxis seit 1888 ausgeübt. 4) Im Hakelwerk Skalbmierze (Gouv. Kielce) der dortige langjährige Arzt Dr Luzian Mozdzewski im Alter von 68 Jahren nach fast 40-jähriger ärztlicher Tätigkeit. 5) In Dresden der langjährige Oberarzt des dortigen Kinderkrankenhauses, Geh. Hofrat Dr. Unruh, im 60. Lebensjahre. Er galt als einer der hervorragendsten Spezialisten auf dem Gebiete der Kinderheilkunde.

Standesangelegenheiten.

— In Warschau sind die Aerzte Dr. P. Jankowski, Ordinator an der Universitätsklinik, und Dr. M. Sapassewitsch, Arzt am St. Stanislaus-Hospital, aus dem Gefängnis entlassen worden.

— Der Redakteur des Journals, «Uralski Krai», Dr. A. Spasski, Sanitätsarzt der Landschaft in Jekaterinburg, wird nach Abbüssung des fünfmonatigen Arrestes aus dem Permschen Gouvernement ausgewiesen werden.

— Der Student der militär-medizinischen Akademie Trachtenberg, welcher angeklagt war, dass er sich bei einer Hausbesitzerin fälschlich für einen Agenten der Geheimpolizei ausgegeben hatte und unter der Drohung, er werde ein Protokoll über den sanitätswidrigen Zustand des Hauses aufnehmen, Geld erpresste, wurde vom Petersburger Bezirksgericht zu $1^1/_2$ Monaten Gefängnis verurteilt.

— Ob die Reisen der Kurärzte zum Zweck der Propaganda für ihren Kurort und für ihre eigene Praxis als standesunwürdig zu bezeichnen sind, diese Frage wurde der «Deutschen Sektion der Aerztekammer Böhmens» von der «Franzensbader Aerztegesellschaft» zur Entscheidung vorgelegt. Nach kurzer Beratung einigte man sich auf folgende Resolution: Es ist weder gegen die gute Sitte noch gegen die Würde des ärztlichen Standes, wenn Aerzte, die in Kurorten Praxis ausüben, auswärtige Aerzte besuchen, um mit ihnen bekannt zu werden und für ihren Kurort Propaganda zu machen. Unzulässig dagegen ist das Besuchen von Patienten ohne vorherige Verständigung und Einwilligung des Hausarztes, sowie die Weiterbehandlung der Patienten während des Winters, ferner das Anbieten von Vorteilen irgend welcher Art zwecks Vergrösserung der Klientel. Vorausgesetzt wird, dass die Besuche mit dem nötigen Takte vorgenommen werden».

Bf.

— Die Gesamtzahl der Kranken in den Zivilhospitälern St. Petersburgs betrug am 10. Nov. d. J. 12295 (120 mehr als in der Vorwoche), darunter 812 Typhus — (27 wen.), 1037 Syphilis — (25 mehr), 377 Scharlach — (8 wen.), 277 Diphtherie — (7 mehr), 63 Masern — (1 wen.), und 4 Pockenkranke — (1 mehr als in der Vorw.).

— Die Gesamtzahl der Sterbefälle in St. Petersburg betrug in der Woche vom 4. bis zum 10. Nov. d. J. im ganzen 741 (429 M., 312 W.), darunter an folgenden Krankheiten:

Typhus exanth. 0, Typhus abdom. 20, Febris recurrens 0, Typhus ohne Bestimmung der Form 0, Pocken 0, Masern 13, Scharlach 26, Diphtherie 32, Croup 0, Keuchhusten 14, Kroupöse Lungenentzündung 26, Erysipelas 5, Grippe 8, Katarrhalische Lungenentzündung 69, Ruhr 0, Epidemische Meningitis 0, Akuter Gelenkrheumatismus 0, Parotitis epidemica 0, andre Krankheiten 257, Anthrax 0, Hydrophobie 0, Puerperalfieber 1, Pyämie und Septicaemie 8, Tuberkulose der Lungen 107, Tuberkulose anderer Organe 22, Alkoholismus und Delirium tremens 9, Lebensschwäche und Atrophia infantum 38, Marasmus senilis 27, Krankheiten des Verdauungskanals 59, Totgeborene 53

Am 17. Nov. d. J. betrug die Zahl der Kranken 12432 (137 mehr als in der Vorwoche.), darunter 857 Typhus — (45 mehr), 1056 Syphilis — (19 mehr), 376 Scharlach — (1 wen.), 277 Diphtherie — (0 wen.), 57 Masern — (6 wen.) und 3 Pockenkranke (1 wen. als in der Vorw.)

— Die Gesamtzahl der Sterbefälle in St. Petersburg betrug in der Woche vom 11. bis zum 17. Nov. d. J. im ganzen 794 (448 M., 346 W.), darunter an folgenden Krankheiten:

Typh. exanth. 0, Typh. abd. 12, Febris recurrens 0, Typhus ohne Bestimmung der Form 2, Pocken 0, Masern 19, Scharlach 25, Diphtherie 20, Croup 0, Keuchhusten 17, Croupöse Lungenentzündung 37, Erysipelas 5, Grippe 7, Katarrhalische Lungenentzündung 79, Ruhr 0, Epidemische Meningitis 0, Acuter Gelenkrheumatismus 1, Parotitis epidemica 0, andre Krankheiten 258, Anthrax 0, Hydrophobie 0, Puerperalfieber 2, Pyämie und Septicaemie 11, Tuberculose der Lungen 114, Tuberculose anderer Organe 33, Alkoholismus und Delirium tremens 10, Lebensschwäche und Atrophia infantum 55, Marasmus senilis 30, Krankheiten der Verdauungsorgane 57, Totgeborene 43.

✦ Nächste Sitzung des Vereins St. Petersb. Aerzte: Dienstag, d. 11. Dez. 1907.

Tagesordnung: Lange: 2 Fälle von Thorakoplastik (Krankenvorstellung).
Klopfer: Zur Kasuistik des Volvulus bei der Hirschsprung'schen Krankheit.

Entgegennahme der Mitgliedsbeiträge.

✦ Nächste Sitzung des Deutschen ärztlichen Vereins: Montag, d. 17. Dez. 1907.

Tagesordnung: 1) Albanus: Ein Fall von cystischer Degeneration der Organe.
2) Wladimiroff: Ophthalmoreaktion bei Malleus.

SPERMINUM-POEHL

Erfolgreich angewandt bei Neurasthenie, Marasmus senilis, Blutarmut, Rachitis, Podagra, chron. Rheumatismus, Syphilis, Tuberkulosis, Typhus, Erkrankungen des Herzens (Myocarditis Herzverfettung), Nephritis, Hysterie, Tabes dorsalis, Paralysis progress., Impotentia etc. und für Rekonvaleszenten.

Beste Urteile erster medizinischer Autoritäten.
Die höchsten Auszeichnungen (Grand Prix) auf allen Ausstellungen.

Präparate:	Anwendungsweise:
Essentia Spermini-Poehl pro uso interno.	3 mal täglich eine halbe Stunde vor dem Essen 30—35 Tropfen in alkalischem Wasser (Vichy).
Sperminum-Poehl pro injectione, 2% sterilisierte Lösung in Glasampullen eingeschmolzen.	1 - 2 Amp. täglich.
Sperminum-Poehl sicc. pro clysm.	Bleibklysmen 1—2 mal täglich einen Röhrcheninhalt in 100 ccm heissen Wassers.

Zu haben in allen grösseren Apotheken.

Depots: **Berlin:** Kronen-Apotheke, **Dresden:** Löwen-Apotheke, **Frankfurt a. M.:** Einhorn-Apotheke, **Köln:** Dom-Apotheke, **Magdeburg:** Rats-Apotheke, **München:** Ludwigs-Apotheke, **Wien:** Engel-Apotheke.

Literatur gratis und franko vom (89) 12—1.

Organotherapeutischen Institut

Prof. Dr. v. Poehl & Söhne

St. Petersburg, Russland.

Vor Nachahmungen und Verfälschungen wird dringend gewarnt.

PERTUSSIN

Extract. Thymi saccharat. Taeschner.

ges. gesch. Einfuhr von der russ. Behörde gestattet.

Unschädliches, sicher wirkendes Mittel gegen:

Keuchhusten, Kehlkopf- und Bronchialkatarrh.

Literatur in hervorrag. Blättern Deutschlands u. Oesterreich-Ungarns.

Aerztliche Gutachten:

Prof. Dr. Ernst Fischer *(Strassburg)*:
Die Wirkung des „Pertussin" war eine überraschende; wenngleich ich nicht gerade sagen kann, dass der Keuchhusten sich in einigen Tagen in einen einfachen Katarrh verwandelte, so wurden die Anfälle so milde, der Schleim so locker, dass das Erschreckende des Keuchhustens, das Blauwerden und die drohende Erstickung, vollständig wegfielen.

Dr. Model, kgl. Bezirksarzt a. D. *(Weissenburg)*:
Nach dem Gebrauch des Pertussin war es mir beim Erwachen plötzlich, als athmete ich die freie herrliche Luft auf einem Alpen-Gipfel. Diese Leichtathmigkeit fiel mir besonders auf, der ich infolge langjähriger Bronchialkatarrhe an merklichem Emphysem leide.

Dr. Alfred Müller *(Neuhausen)*:
Mein Urtheil geht dahin, dass das Pertussin ein Mittel ist, das in kürzester Zeit den mit Recht so gefürchteten Keuchhusten in einen ungefährlicher und fast unmerkbaren Bronchialkatarrh überzuführen vermag. Ich kenne zur Zeit kein anderes Mittel, welches sich des gleichen Vorzuges rühmen dürfte.

Dr. Erich R. von Matzner *(Birkfeld, Steierm.)*:
Die drei mit Pertussin behandelten Bronchitiden, davon zwei bei Kindern, zählten zu den schwersten Formen und jedesmal erwies sich Ihr Präparat als von ausgezeichneter Wirkung; der starke Hustenreiz nahm in wenigen Stunden bereits ab und die Secretion begann sich bald zu verringern, die Temperatur fiel ab.

Verkauf nur durch die Apotheken, sowie durch folgende Engros-Depôts: **H. Bierstümpfel,** Apotheker, Warschau, Marszalkowska 136. **Ad. Marcinczik,** Apotheker, Kiew. **Paul Seebode,** Apotheker, Riga, Kalkstr. 26. **B. Schaskolsky,** Petersburg, **Carl Ferrein,** Moskau.

Hergestellt in der Kommandanten-Apotheke E. Taeschner, Berlin C. 19, Seydelstrasse 16. (14) 0—18.

Winterkur für Lungenkranke

Görbersdorf i. Schl. (560 m.)

◆ Dr. Römpler's Sanatorium ◆

in herrlicher Gebirgslage mit grossem Park, Vollkommene Hygiene — modernste Einrichtungen. (73) 18—7.

Scharlach-Serum

innerlich zu reichen.

„Scarlatin Marpmann" Nr. 1 zur Vorbeugung
Nr. 2 zur Heilung

zu Rbl. 2.50 Kop. pro Flasche ist in den Apotheken zu haben.
Niederlage für St. Petersburg bei *K. A. Krentzien.*

Sergiewskaja, 3. Telephon Nr. 53-30.

Hauptniederlage beim Generalvertreter für Russland: K. A. Jung, Moskau, Sadowniki, Haus Priwalow.

Adressen von Krankenpflegerinnen:

Frl. Pauline Winkel, Конногвардейскій переулокъ 4, кв. 2.

Dieser № liegt ein Prospekt über «Euchinin gegen Keuchhusten» bei.

Herausgeber Dr. Rudolf Wanach. Buchdruckerei v. A. Wienecke Katharinenhofer Pr. № 15.

XXXII. JAHRGANG. ST. PETERSBURGER Neue Folge XXIV. Jahrg.

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Redaktion von

Prof. Dr. Karl Dehio. Dorpat.

Dr. Johannes Krannhals. Riga.

Dr. Rudolf Wanach. St. Petersburg.

Die „St. Petersburger Medizinische Wochenschrift" erscheint jeden Sonnabend.—Der Abonnementspreis ist in Russland 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr inkl. Postzustellung; in den anderen Ländern 20 Mark jährlich, 10 Mark halbjährlich. Der Insertionspreis für die 3mal gespaltene Zeile in Petit ist 20 Kop. oder 45 Pfen.—Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt. - Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.

Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate bittet man ausschliesslich an die Buchhandlung von K. L. Ricker in St. Petersburg, Newsky-Prospekt № 14, zu richten. — Manuskripte sowie alle auf die Redaktion bezüglichen Mitteilungen bittet man an den geschäftsführenden Redakteur Dr. R. Wanach in St. Petersburg, Petersb. Seite, Alexandrowski Pr. 6 zu richten. Sprechst. Dienstag, Donnerstag und Sonnabend 5—6.

№ 48 St. Petersburg, den 1. (14.) Dezember. 1907.

Zur Frage von der Metritis dissecans.

Von

Dr. Robert Heimbürger,

Assistent am Alexandrastift für Frauen zu St. Petersburg.

Gestatten Sie, meine Herren, Ihnen über einen Fall von Puerperalerkrankung zu berichten, der seiner Seltenheit und seiner scheinbar immer noch nicht recht aufgeklärten Pathogenese wegen von einigem Interesse sein dürfte.

Es ist das ein Fall einer sogenannten Metritis dissecans, oder, wie nach Beckmann, diese Form der Puerperalerkrankung richtiger und treffender zu nennen wäre — einer gangraena uteri puerperalis. Diese letztere Bezeichnung erklärt auch vollkommen worum es sich hierbei handelt.

Im Wochenbett, das unter allen Erscheinungen einer schweren Puerperalinfektion verläuft, sequestriert sich ein nach Flächenmass und Wanddicke verschieden grosses Stück der Innenfläche des Uterus, welches entweder bei Lebzeiten ausgestossen oder aber bei der Autopsie mehr oder weniger sequestriert im Uteruscavum gefunden wird. Dieser Sequester bietet unter dem Mikroskop das Bild einer von innen (Schleimhaut) nach aussen (Peritoneum) gehenden Nekrose der Uteruswandung, die mehr weniger tiefgehend, in einigen Fällen bis zur Serosa einschliesslich vordringend, zu einer Perforation des Uterus führen kann.

Vorausschicken will ich hier gleich, dass es sich bei der puerperalen Uterusgangraen durchaus nicht um eine Erkrankung sui generis handelt, sondern nur um eine nach Lokalisation, Verlauf und pathologisch-anatomischem Bilde besondere Form der schweren Puerperalinfektion, welch letztere ja bekanntlich entweder unter dem Bilde einer schweren meist letal endigenden Septicaemie ohne irgend welche Lokalisation des Prozesses verlaufen kann, oder aber bei Lokalisation des Prozesses zu den relativ häufigen Lokalisationsformen führt wie Endometritis septica, putrida, gangränosa, Metrolymphangitis, Metrotrombophlebitis, Putrescentia uteri, Peritonitis, Pyaemie. Die Metritis dissecans resp. die partielle puerperale Uterusgangrän stellt eine Zwischenstufe zwischen der Endometritis gangränosa und der Putrescentia uteri dar. In einigen Fällen beschränkt sich die Gangrän nur auf das Endometrium, beim Tiefergreifen des Prozesses werden auch die dem Endometrium anliegenden Partieen des Myometriums in Mitleidenschaft gezogen und in den schwersten Fällen kommt es eben zur fauligen Erweichung des ganzen Organs. In manchen Fällen zeigt der Prozess von vorn herein keine flächenhafte Ausbreitung, sondern beschränkt sich auf circumscripte mehr weniger grosse Stellen der Uterusinnenfläche: in wieder anderen Fällen dagegen bleibt zwar der gangränöse Prozess der Fläche nach circumscript, zeigt aber eine intensive Tiefenausbreitung und hier kommt es manchmal zu den Fällen von puerperaler Uterusgangrän, wo wir eine, wie mit dem Locheisen ausgestossene Perforationsöffnung des Uterus finden, in der noch manchmal wie ein Pfropfen das nekrotische Stück der Wandung steckt (so ein Fall von Dobbert).

Ich gehe nun über zum Bericht meines Falles: am 15. Februar 1907 um 6 Uhr morgens wurde ich zu der Frau S. gerufen und fand Patientin extrem anämisch mit zyanotischen Lippen, bleich, Wadenkrämpfen, dunkel vor den Augen und

einem fadenförmigen kaum fühlbaren Pulse von etwa 160 in der Minute vor. Uterus schlaff über Nabelhöhe, starke Blutung aus den Genitalien. Die Geburt eines ausgetragenen ca. 8 Pfund schweren Knaben war um 1/25 Uhr morgens erfolgt (Patientin achtgebärende, 32 Jahre alt von kräftigem etwas pastösen Körperbau, keine Aborte, frühere Geburten und Wochenbetten normal, auch sonst immer gesund gewesen; alle 7 Kinder lebend) darauf war eine Blutung eingetreten, es waren von der Hebamme Versuche gemacht worden die Plazenta per Crédé zu entfernen, die Anfangs erfolglos blieben; da die Blutung andauerte wurde nach dem Arzt geschickt; doch ca. 20 Minuten vor meiner Ankunft hatte die Hebamme die Plazenta (angeblich mit dem Crédé'schen Handgriff, wie aber die Patientin später erzählt, durch inneren Handgriff ohne vorhergehende Säuberung der Hände) entfernt. Plazenta erweist sich als stark zerfetzt, ein grosser Teil der Eihäute nebst ca. 1/3 der Cotyledonen fehlend.

Wegen des schweren Allgemeinzustandes entschloss ich mich, da mir ein Eingehen mit undesinfizierter Hand zu sehr contre coeur war, zu einer schnellen Händedesinfektion aber nichts vorbereitet war, zu einer sofortigen Tamponade des Uterus um wenigstens Zeit zu gewinnen, mich etwas zu säubern und auch die Herztätigkeit durch Kampher, Autotransfusion durch Gummibindenbandage der Beine, planum inclinatum etc. zu heben. Uterustamponade mit steriler Marly nach Abbrennen der Instrumente mit Spiritus. Ergotin subkutan; Händedesinfektion; manuelle Entfernung der retinierten Cotyledonen und Eihautreste; ausgiebiges Uterolavium mit 1/2-proc. Lysollösung und Alkohol ca. 60 pCt. Die Blutung stand nach der Tamponade; beim Ausräumen des Cavums minime Blutung die nach dem Uterolavium vollkommen sistierte.

Alle diese Eingriffe wurden in einem Milieu vorgenommen welches, den Körper der Patientin miteingeschlossen, an Reinlichkeit auch den bescheidensten Anforderungen nicht entsprach. Der Allgemeinzustand bleibt aber ein so besorgniserregender, der Puls so frequent und klein, trotz den ergriffenen Massnahmen, dass ich zu einer subkutanen Kochsalzinfusion greife, trotzdem einwandfrei steriles Wasser mir nicht im Moment zur Verfügung stand; die physiologische Kochsalzlösung wurde mit den Poehl'schen Pastillen durch Abkühlung von mittlerweile wieder kochenden Wasser mit angeblich abgekochtem Wasser aus einem Glaskruge hergestellt. Bis zum Abend erholte sich die Patientin so weit, dass der Puls etwas voller wird doch noch immer eine Frequenz von 130 Schlägen in der Minute aufweist. Temperatur nach dem Eingriff 37,5. Die ersten 2 Tage häufig Erbrechen, hohe kleine Pulse, starke Schwäche; nochmals Kampher, Strophantus Kochsalzklysmen, heisses Getränk, Eis auf den Leib, Ergotin, Vaginalspülung mit Lysol 1/2 pCt. 2 Mal täglich. Am Abend des 2. Tages Schmerzen in den Brüsten, Oedem und Rötung, Schmerzhaftigkeit der Haut; vollkommen das Bild eines Erysipels (den Verband von den Stichkanälen hatte Patientin abgerissen). Ichthyolcollodium 20 pCt. auf die Brüste. Temperatur 39,0, Puls 125. Bis zum 7. Tage anhaltend hohe Temperaturen bis 39,0 und darüber bei hohen Pulsen, mehrmaligen Schüttelfrösten und fast vollständiger Schlaflosigkeit; mässige Schmerzen in beiden Brüsten; Uterus 4 Querfinger über der Symphyse gänzlich unempfindlich; Bauch weich, nirgends druckempfindlich. Stuhl täglich nach Klysma; Lochien spärlich serös blutig ohne Geruch.

Beide Brüste abscedieren (die erysipelatöse Röte war 24 Stunden nach Auftreten vollständig geschwunden) und werden am 7. Wochenbettstage breit mit Contreapertur gespalten und drainiert; es entleert sich aus ihnen Gas und reichlich dünnflüssige übelriechende graugrünliche mit Flocken vermischte Flüssigkeit. Kein Abfall der Temperatur, wie ich es erwartet hatte. Lochien werden reichlicher, grauserös und foetid riechend. Uterus nach wie vor unempfindlich, Parametrien frei.

Da nach Spaltung der Brüste Temperatur andauernd hoch bleibt, leichte Schüttelfröste fast täglich auftreten und die foetiden Lochien bei mässiger Involution auf eine Endometritis hinweisen, wird eine Uterusspülung mit Lysollösung und Alkohol beschlossen. Die innere Untersuchung ergiebt aber ein mich etwas in Erstaunen setzendes Resultat: schlecht involvierter gut faustgrosser Uterus nach hinten verlagert. Portio schlecht formiert, innerer Muttermund lässt bequem 2 Finger passieren; keinerlei Infiltrate in der Umgebung des Uterus. Am inneren Muttermund stösst der touchierende Finger auf eine flottierende Membran deren Anwesenheit im Uteruscavum, das nach der manuellen Entfernung der Plazenta und Eihäute sicher leer war, mich zwar stutzig macht, doch noch nicht auf die richtige Diagnose bringt; ich nehme an, dass doch Retention eines Stückes Eihäute und Endometritis vorliegt und treffe Vorbereitungen zur Uterusspülung und Entfernung des vermuteten Eihautrestes. Die Membran folgt spielend leicht und wie sie halb aus dem Uterus heraus ist, da erst erkenne ich, dass ich es mit einem Uterussequester zu tun habe. Da aber der Sequester spielend leicht folgt und gänzlich frei als Fremdkörper im Cavum zu liegen scheint, so vollende ich seine Extraktion und schliesse eine reichliche Uterusspülung mit Lysol 1/2 pCt. und Alkohol 60° mit nicht bis zum Fundus eingeführtem Uteruskatheter (Fritsch-Bozemann) an. Sowohl das Vollenden der Extraktion wie auch die Uterusspülung waren durchaus kontraindiziert, ich liess mich aber dazu verleiten durch die leichte Extraktion (ohne eine Spur von Blutung) und durch den scheusslichen Gestank den der Sequester ausströmte. Das war am 10. Tage post partum. In den nächsten 3 Tagen lytischer Abfall der Temperatur und des Pulses fast bis zur Norm 37,2 und Puls 80, doch sofortiges Steigen am Abend des 15. Wochenbettstages, wo plötzlich in der Nacht anschliessend an einen Spaziergang ins Klosett (die Defäkation auf dem Schieber hatte der Patientin von vornherein nicht gefallen) heftiger Schüttelfrost, Dyspnoe und starke Stiche in der rechten Lunge auftreten — Erscheinungen einer Lungenembolie. So weit sich bei vorsichtiger Untersuchung konstatieren liess — keine Dämpfung, kein pleuritisches Reiben nur starker Hustenreiz und heftige Stiche bei tieferer Respiration, hohe Temperaturen und Pulse.

Die Ausscheidungen bleiben nach Entfernung des Sequesters noch 3—2 Tage foetid riechend wässriggrau um immer spärlicher werdend ca. 1 Woche nach Entfernung des Sequesters gänzlich zu versiegen. Die Erscheinungen von Seiten der rechten Lunge gehen im Laufe einer Woche zurück. Der Puls wird quantitativ und qualitativ besser, die Temperatur hält sich von nun an mässig hoch um 38° herum mit seltenen Steigerungen bis 39°, doch macht die Kranke im Verlauf der nächsten 2 Monate bei allerdings recht gutem Allgemeinbefinden, Appetit und Schlaf mässigen Temperaturen und relativ gutem Pulse um 100 herum, noch eine Thrombose erst des linken dann des rechten Beines durch und wird erst am 12. Mai noch nicht vollständig entfiebert auf eigenen Wunsch aus dem Marien-Magdalenenhospital wohin sie am 22. März übergeführt worden war, wieder nach Hause entlassen. Zu Hause lag sie noch bis Ende Mai, fieberte auch angeblich ein wenig und fuhr Anfang Juni zur Erholung zu Verwandten aufs Land wo sie den Sommer verbrachte. 12. September stellte sich die Kranke mir wieder vor; fühlt sich bis auf eine geringe Schwäche und zeitweilig auftretende Schwellungen der Beine recht wohl; sieht recht anämisch aus. Innere Organe ohne Besonderheiten; Genitalbefund: ein in allen Durchmessern stark verkleinerter Uterus von derber Konsistenz; Portio verkürzt und abgeflacht. Sondierung gelingt leicht. Sondenlänge knapp 5 ctm. Das Organ vollständig mobil. Gewölbe und Parametrien durchweg frei. Adnexe ohne Besonderheiten; leichtes Oedem beider Unterschenkel. An den Brüsten 4 Inzisionsnarben. Menses bis jetzt nicht wiedergekehrt. (Hier muss ich bemerken, dass die Kranke nicht stillte, da leider Dank der Mastitis das Kind künstlich ernährt werden musste, allerdings hätte der Zustand der Patientin auch sonst das Stillen nicht erlaubt, und das Kind 1 Monat alt einem akuten Brechdurchfall erlag). Seit dem 12. Juni Molimina menstrualia die sich in leichten 6—7 Tage anhaltenden und $3^1/_2$ wöchentlich wiederkehrenden Kreuzschmerzen äussern.

Sehen wir uns nun in der Literatur um, so finden wir, dass die Fälle von puerperaler Uterusgangrän durchaus selten sind. Seit den sogenannten 2 ersten Fällen von Ssyromjatnikoff 1882 (1 Fall von Slawjansky figuriert in dem medizinischen Bericht der St. Petersburger Entbindungsanstalt pro 1840—1871 und fällt in das Jahr 1870) sind im Ganzen 54 Fälle in der Literatur veröffentlicht. Es sind das in chronologischer Reihenfolge: 1 Fall von Slawjansky 1870, 2 Fälle von Ssyromjatnikoff 1882, 6 Fälle von Garrigues 1884, 1 Fall von Grammatikati 1885, 2 Fälle von Dobbert 1890, 1 Fall von Höchstenbach 1890, 2 weitere Fälle von Garrigues 1891, 1 Fall von Gebhard 1891, 1 Fall von Ruge 1891, 1 Fall von Worobjeff 1892, 1 Fall von Schrenck 1894, 1 Fall von Walther 1894, 5 Fälle von Beckmann 1896, 2 Fälle von Wainstein 1896, 1 Fall von Dobbert 1897, 2 weitere Fälle von Beckmann 1897, 4 Fälle von Daschkewitsch 1898, 5 weitere Fälle von Beckmann 1899, 1 Fall von Schmidt 1899, 1 Fall von Gottschalk 1900, 1 Fall von Darkschewitsch 1900, 1 Fall von Franqué 1901, 1 Fall von Polkanow 1902, 1 Fall von zur Mühlen 1903, 3 Fälle von Liepmann 1903.

Dazu kommen noch 3 von Beckmann beobachtete nicht publizierte Fälle und je 1 Fall von Nöggerath und Lebedeff, die Beckmann in seiner Arbeit erwähnt wo aber die Krankengeschichten nicht ausfindig zu machen gewesen waren und zum Schluss noch 1 Fall von Küttner der mir zur Publikation freundlichst überlassen worden ist. Auf diesen letzten Fall von Küttner will ich etwas genauer eingehen da er in verschiedener Beziehung von Interesse ist. Es ist das der einzige Fall von Metritis dissecans wo der Sequester (hier handelte es sich um 2 Sequester von circa Bleifederdicke und 3 ctm. Länge) gelegentlich einer Abrasio 23 Tage post partum herausbefördert worden ist und wo 25 Tage post partum der Uterus vaginal exstirpiert worden ist. Die Krankengeschichte ist in Kürze folgende:

Frau N. eine Privatpatientin von Dr. Küttner tritt am 27. September 1901 mit einer Temperatur von 37,3 und Puls 108 ins Alexandrastift ein. I para 23 Jahre alt, letzte Regel 14. Dezember 1900; Wehenbeginn vor circa 20 Stunden. Innere Organe normal. Kein Albumen im Harn. IHHL. Beckenverengerung II. Grades. Conj. externa 16,0, Conj. diagonalis 10,0. Innere Untersuchung $^{1}/_{4}$4 Uhr Nachmittags ergiebt 2 Querfinger Erweiterung. IHHL. Kopf mit kleinem Segment fixiert im Beckeneingang, Blase gesprungen. Geburt um 7 Uhr Abends leicht. Dammriss I. Grades, 2 Catgut, 2 Seide; fragliche Retention eines Stückes Chorion. Vor der Geburt keine innere Untersuchung ausser der erwähnten, doch circa 24 Stunden ante partum hatte noch ein Coitus stattgefunden. 24 Stunden post partum Schüttelfrost, Temperatur 38,8, Puls 110, von da ab hohes Fieber mit starken Remissionen bei hohen und kleinen Pulsen. Lochien werden vom 8. Tage an eitrig doch ohne Geruch. Am 6. Wochenbettstage ergiebt innere Untersuchung Uterus, Parametrien, Douglas geschwollen und empfindlich. Cervix lässt den Finger passieren. Lochien bleiben eitrig ohne Geruch, in ihrer Menge wechselnd. Fieber mit starken Remissionen und wechselnden Pulsen. Am 14. Wochenbettstage ergiebt innere Untersuchung: Uterus klein, sehr empfindlich, leicht unbeweglich, Muttermund offen; es entleert sich aus ihm reiner Eiter. Umgebung des Uterus infiltriert sehr empfindlich. Weiter Fieber vom selben Typus und Höhe, häufige Schweisse, Frösteln. Am 21. Tage post partum: Muttermund lässt bequem den Finger passieren. Uterolavium-Sublimat 1:4000 (bis dahin waren nur Vaginalspülungen mit Lysol $^{1}/_{2}$% gemacht worden) es entleeren sich reichliche Mengen rahmigen Eiters. 2 Tage drauf 23 Tage post partum nochmaliges Uterolavium und Abrasio bei der die erwähnten 2 Sequester entfernt werden. Kulturen aus den Sequestern ergeben Streptokokken, Tierimpfung Kaninchen ergiebt bei der Sektion septische Peritonitis; Tumor lienis; Streptokokken. Mikroskopische Untersuchung der Sequester ergiebt: Muskelgewebe, Cervixdrüsen, Kokken im Gewebe. 25 Tage post partum vaginale Exstirpation des Uterus wobei nur mit dem Paquelin abgetragen wird, Scheere und Messer nicht benutzt werden. Am exstirpierten Uterus in der Gegend des inneren Muttermundes, wohl dem Sitz der Sequester entsprechend zwei kraterförmige Vertiefungen. Nach der Operation sinken Temperatur und Puls zur Norm und bleiben 2 Tage normal. Vom 3. Tage an nach der Operation wieder starkes Fieber von remittierendem Typus, Schüttelfröste. Patientin macht darauf ein langes, schweres Krankenlager durch mit den Erscheinungen einer Septicopyaemie, Thrombose des einen Beines, Pyelitis und wird erst 134 Tage p. partum geheilt entlassen. Zur Zeit ist Patientin vollkommen gesund.

Was die Aetiologie der Metritis dissecans anbelangt so sind sich alle angeführten Autoren darüber einig, dass man es immer mit einer schweren Puerperalinfektion und zwar vorzugsweise mit Streptokokken zu tun habe, nur ist es verschiedenen Autoren, so speziell Beckmann und neuerdings Gottschalk natürlich aufgefallen, warum es bei relativ häufigen Fällen von schwerer Puerperalinfektion so selten zur Metritis dissecans komme. Beckmann meint, dass möglicherweise die Intensität der Infektion heutzutage eine geringere als früher sei oder aber spiele ungenügende Diagnostik eine Rolle, die es nicht immer ermögliche diese Form aus dem allgemeinen Bilde des Wochenbettsfiebers hervorzuheben, resp. werde der Uterussequester für ein zurückgebliebenes Stück der Plazenta angesehen und als Schuldbeweis baldmöglichst vernichtet. Dem gegenüber führt Gottschalk an, dass 1) 30% der Fälle gestorben sind, die Intensität der Infektion also an Stärke nichts zu wünschen liesse und dass 2) Beckmann den Meistern der Geburtshülfe aus den vor 70-ger Jahren des verflossenen Jahrhunderts Unrecht tue, die durchaus exakte Beobachter waren und denen pathologische Anatomen wie Virchow und Rokitansky zur Seite standen, also eine Verwechselung mit Plazentargewebe wohl auszuschliessen sei. Gottschalk meint, dass das Auftreten der Metritis dissecans zusammenfalle mit dem Beginn der intensiven antiseptischen Intrauterintherapie, so das der Fall von Sslawjansky genau in das Jahr falle, wo man zuerst anfing die septischen Endometritiden mit fortgesetzten intrauterinen Karbolspülungen zu bekämpfen. Gottschalk bezeichnet die von allen Autoren angeführte Infektion als aetiologisches X; die operativen Eingriffe unter der Geburt, (in 50% der Fälle sind operative Entbindungen resp. manuelle Plazentarlösungen, abgesehen von Damm-Scheiden-cervixrissnähten verzeichnet), schwere Blutungen, Traumatisierung der Weichteile bei langer Geburtsdauer (es überwiegen in den Fällen primiparae) als aetiologisches Y, und meint dass X und Y zur Erklärung des Zustandekommens der Metritis dissecans nicht genügen, wohl aber das Rätsel sich leicht lösen lasse, wenn man noch ein aetiologisches Z hinzufüge — eben die intensiven intrauterinen Spülungen von 1870 an.

Sehen wir uns nun aber bei den so beschuldigten und verteidigten Meistern der Geburtshülfe vor 1870 um, so finden wir, dass weder Beckmann noch Gottschalk recht haben und dass diese Meister sehr wohl, wenn auch nicht unter dem Namen Metritis dissecans derartige Fälle beobachtet haben wie z. B. aus folgender Stelle aus dem Lehrbuch der speziellen Pathologie und Therapie der weiblichen Erkrankungen von Kiwisch-Scanzoni pag. 721 Ausgabe 1854 zu ersehen ist, wo wir unter der Rubrik — Endometritis puerperalis (Kiwisch-Scanzoni unterschieden Endometritis puerperalis septica, putrida, gangränosa, crouposa und dyssenterica) folgenden Passus finden. „Je rascher im Leben die Blutdissolution eintritt um so weniger gerinnungsfähig ist die in die innerste Schichte des Gebärmuttergewebes stattfindende Exsudation und es setzt dieselbe gleichzeitig einen ebenso raschen Erweichungs- und Schmelzungsprozess ohne Spur eines starren Exsudates. Die innere Fläche der Gebärmutter wird entweder in Gestalt von aufgelockerten Häuten, oder als scharfer blutpigmentischer Brei abgestossen.

Dieser Zustand ist seit Boers Zeiten unter dem Namen Putrescentia uteri bekannt und die vorgefundenen membranösen Gebilde wurden für die zurückgebliebene Decidua angesehen. Diese letztere Ansicht findet wohl in dem Umstande ihre Bestätigung als sich diese häutigen fetzigen Gebilde bei einer genaueren Untersuchung (sowie die Decidua) als die abgestossene Innenschichte der Gebärmutter darstellen, doch sind sie offenbar das Produkt eines frisch eingetretenen Abstossungsprozesses, da sie für die Reste der Decidua meist zu beträchtlich sind“. An einer anderen Stelle finden wir „insoweit die Putrescenz als primitive Krankheit von einer sogenannten plastischen Entzündung völlig abweicht, lässt sich ihre Ausscheidung (Boer) von den Endometritiden wohl rechtfertigen; doch ist der Uebergang der septischen Endometritiden bis zur exquisiten Putrescenz ein so unmerklicher, die Kombination mit vorangegangenen plastischen Exsudationen so häufig, dass sich in der Leiche sowohl als auch im Leben keine bestimmte Grenze zwischen diesen Affektionen ziehen lässt, weshalb wir die Putrescenz als das Endglied der septischen Endometritiden zu betrachten am geeignetsten finden“.

Noch überzeugender ist folgende Stelle bei Boer (7 Bücher über natürliche Geburtshülfe 1834 p. 128). Es handelt sich um das Sektionsprotokoll einer an Puerperalfieber Verstorbenen. — „In der Bauchhöhle war alles in gesundem Zustande; bei Untersuchung der Gebärmutter aber fand man die obere Lippe des Muttermundes oder eigentlich den Mutterhals vorn bis dahin wo sich die Mutterscheide um denselben legt durchaus putresciert. In demselben Zustande war auch die vordere innere Fläche der Gebärmutter. Die Putrescenz ging hier, wie es meistens der Fall ist fast nirgends über 2—3 Linien tief in die Substanz. An der äusseren Fläche dieses Organs war nicht eine Spur von Krankheit. Um die putreszierten Stellen fand man nicht den mindesten Anschein von Entzündung; die Mutterscheide und alles umliegende war vollkommen gesund. So zeigt sich diese Fäulnis am öftesten. Ich bemerke dies besonders um den Leser noch auf einen wesentlichen Unterschied zwischen der eigentlichen Putrescierung und der gemeinen Gangräne und dem Sphacelus der Gebärmutter aufmerksam zu machen.

(Schluss folgt.)

Bücheranzeigen und Besprechungen.

Binswanger und Siemerling: Lehrbuch der Psychiatrie. Zweite vermehrte Auflage. Jena, Gustav Fischer, 1907. Preis 5,50 M. 386 S.

Das von sechs Klinikern (ausser den beiden Herausgebern, von Cramer, Hoche, Westphal und Wollenberg) bearbeitete Lehrbuch ist trotz dieser Aufteilung des Stoffes unter mehrere Bearbeiter, welche in manchen Auffassungen der Materie naturgemäss verschiedene Standpunkte vertreten recht gleichartig geraten, und kann wie bei seinem ersten Erscheinen im Jahre 1904 dem Studierenden und praktischen Arzte bestens empfohlen werden. Neu hinzugekommen ist im allgemeinen von Binswanger gelieferten Teile ein Anhang: Die psychiatrischen Aufgaben des ärztlichen Sachverständigen bei straf- und zivilrechtlicher Begutachtung. Die Systematik der Psychosen hat gegen früher keine Aenderung erfahren.

Michelson.

Chiari, H.: Pathologisch-anatomische Sektionstechnik. Zweite, verbesserte Auflage. Mit 29 Holzschnitten. Berlin W. 35. Fischer's medizin. Buchhandlung H. Kornfeld. 1907. Preis M. 3.

Die bekannte von Rokitansky in die Wiener Schule eingeführte Sektionsmethode, die von der Berliner, Virchow'schen wesentlich abweicht, hat in den Händen von Chiari einen weitern Ausbau erfahren und in der ersten Auflage des uns vorliegenden Buches seine Beschreibung in der neuen Gestalt gefunden. Nach 13 Jahren hat sich eine neue Auflage als nötig erwiesen, die manche Neuerung und Modifizierung der Methoden bringt. Im Allgemeinen sei hier darauf hingewiesen, dass die Methode danach strebt, den Situs und Zusammenhang der Organe zu erhalten, dabei stets eine ev. sich anschliessende bakteriologische Untersuchung im Auge behält. Die klare Darstellungsweise und vielfache Abbildungen machen es leicht sich die Verfahren anzueignen.

Ucke.

Mitteilungen aus der Gesellschaft praktischer Aerzte zu Riga.

Sitzung vom 17. Januar 1907.

Anwesend 75 Mitglieder und als Gäste DDr. Devrient, Pacht, Andreas, Maximowitsch.

Das Protokoll der letzten Sitzung wird verlesen und angenommen.

Eingelaufene Schriften:

1. Darmstenosen als Spätwirkung der Appendizitis.
2. Erfahrungen über Beckenosteomyelitis.
3. Die Lepra, alle 3 von Dr. A. v. Bergmann.

Punkt I. Dr. Busch über einen Fall von Pubiotomie mit Demonstration der Patientin.

Dr. Poorten betont in der Diskussion, dass nach allen Erfahrungen, die bisher über die Pubiotomie vorliegen, diese Operation durchaus ins Gebiet des Spezialisten und in die Klinik gehöre, die Technik der Operation sei ja sehr einfach und nach einem günstig verlaufenen und geschilderten Falle sei man leicht geneigt optimistisch über dieselbe zu urteilen, es sind aber eine ganze Reihe von nicht zu vermeidenden Verletzungen der Blase, sei es durch die Säge bei der Operation, sei es durch scharf durchsägte Knochenfragmente, beobachtet worden, die Veranlassung zu schweren Komplikationen und in einer Reihe von Fällen zur Todesursache gewesen sind. Daher sei grosse Vorsicht zu beobachten, er hält aber die Operation in der Hand des Spezialisten trotzdem für sehr segensreich.

Dr. Voss bemerkt hierzu, dass die Symphyseotomie ebenso wie die Pubiotomie, wo es sich um städtische Praxis handele selbstredend auch dem Spezialisten zu überweisen seien, er meint aber eine so segensreiche Operation müsse auch auf dem Lande bekannt und ausgeführt werden können, was Dr. Poorten voll anerkennt und hinzufügt er meine dass die schlimmen Erfahrungen bei der Pubiotomie noch zu wenig bekannt werden.

Dr. Hach führt Ohlshausen als sehr vorsichtigen Beurteiler der Operation an, er giebt als Ursache der vielen Blasenverletzungen zu bedenken, dass die Blase bei der kreissenden Frau über die Symphyse hinüberhängt und dass sie dadurch schon durch die Nadel verletzt werden kann. — Ferner sei seiner Meinung nach die Zange im Busch'schen Fall nicht zwecks Abkürzung der Geburt, sondern weil die Herztöne schwach wurden, angelegt worden. Die Erweiterung des Beckenringes sei eine ganz gewaltige bis zu 5 cm. und würde ein ruhiger Beobachter auch wohl meist ohne Zange durchkommen und dann sehr günstige Resultate haben, die Patienten stehen meist nach 12 Tagen auf und gehen gut, obgleich in dieser kurzen Zeit natürlich von einer knöchernen Verwachsung wie es auch die Röntgenbilder zeigen keine Rede sei. Eine Röntgenplatte des demonstrierten Falles wird von Dr. von Sengbusch umhergezeigt und zeigt auch noch ein Klaffen der Schambeine von ca. 4 cm.

Dr. Busch sagt aus, dass die Schmerzen der Mutter zum Beendigen der Geburt drängten, seiner Meinung nach nicht die Gefahr fürs Kind.

II. Dr. v. Bergmann. Tumorbildung bei chronischer Appendizitis.

Die Diagnose der chron. Appendizitis kann in verschiedener Beziehung sehr schwierig sein und zwar:

1. Beim Fehlen eines Anfalles oder der Andeutung eines solchen,
2. bei negativem oder zweifelhaftem Tastbefunde,
3. bei Adhäsions- und Schwartenbildung, diese können sein

a) Flächenhafte; sind sie auf die nächste Umgebung des pr. v. beschränkt dann machen sie ein Krankheitsbild, welches nicht mit einer gynäkol. Erkrankung verwechselt werden kann, treten sie in der weiteren Umgebung auf, so können sie zu Stenoseerscheinungen an Darmabschnitten führen, die nichts mit dem Wurmfortsatz zu tun haben.

b) Lokale und massige Adhäsionen, circumscriptes plastisches Exsudat wodurch ein Tumor zu Stande kommt, der differentielldiagnostisch sehr schwer von der Aktinomykose, Tuberkulose oder dem Karzinom unterschieden werden kann. Die Fälle dieser Kategorie sind selten, in nachstehendem der kurze Bericht über die einschlägigen Fälle, in denen die Darm-Resektion ausführbar war.

Das Präparat und Fall 1 wird demonstriert:

I. Ch. R. 50 a. n. Schuhmacher 5. Januar 1907.

Seit 6 Monaten Schmerzen im Leibe, die gewöhnlich bald nach dem Essen auftreten, viel in Behandlung gewesen, hat ein Bruchband verordnet bekommen, das ihm nicht geholfen.

Täglich 1—2 Stuhlgänge meist dünnflüssig. Der Appetit ist schlecht, kein Aufstossen, kein Erbrechen.

In der letzten Zeit etwas Gewichtsabnahme, jedoch ist Patient früher auch immer hager gewesen.

Blut ist im Stuhl nie vorhanden gewesen. Seit 4 Jahren hustet Patient hat vor 4 Monaten etwas Auswurf im Sputum bemerkt.

Weder Tuberkulose noch Karzinom ist in der Familie vorgekommen.

Status. Mittelgrosser hagerer Mann, normale Temperatur, Puls 72.

Rechte Lungenspitze Schallverkürzung und Rasseln. LHO über der Scapula geringes pleuritisches Reiben. Das Sputum enthält keine Tuberkelbazillen. Der Leib ist mässig aufgetrieben, etwas gespannt, in der Ileocoecalgegend fühlt man einen harten, etwas höckrigen Tumor, der nicht verschieblich ist, er lässt sich gut begrenzen und erscheint nahezu faustgross.

Der Stuhl ist breiig ohne Beimengung von Schleim und Blut.

Am 9. Januar Operation unter Stovain R. M. Anästhesie. Der Tumor ist mit dem perit. pariet. verlötet, der Dickdarm und der Dünndarm sind etwa zu gleichen Teilen in ihn hineinbezogen der pr. vermif. ist nicht zu sehen, der Tumor ist derb, hart, nirgends Fluktuation.

Auslösung des Tumors vom perit. parietal. und Unterbindung des betr. Mesenterialabschnittes.

Dickdarm und Dünndarm werden blind vernäht. Enteroanastomose zwischen dem Dünndarm und dem Colon transvers. Schluss der Wunde durch 2 Etagen Nähte. Tamponade dem Defekt im Perit. entsprechend.

Der Tumor erweist sich auf dem Durchschnitt als aus Schwarten bestehend, in denselben verläuft der mit Eiter gefüllte proc. v. welcher mit seiner Kuppe in eine etwa mandelgrosse Abszesshöhle mündet.

Mikroskopisch ist nicht zu bestimmen, ob eine Perforation vorliegt oder eine Erweiterung der Kuppe. Der Eiter enthält Bact. coli.

Die Darmschleimhaut ist durchweg intakt.

II. Frau L. R. 33 Jahre 15. September— 4. November 1906.

Vor 2 Jahren traten Schmerzen im Leibe auf, die langsam zunahmen, jedoch eine bestimmte Lokalisation nicht hatten. Ab und zu Erbrechen.

Seit 5 Monaten Diarrhöen 2—3 flüssige Stühle, in dem auch dazwischen Blut bemerkt wurde.

Zarte, abgemagerte Frau von leidendem Gesichtsausdruck. Temp. 36, 9 P. klein. Leichte Oedeme der Unterschenkel, normaler Genitalbefund.

In der Ileocöcalgegend findet sich ein 10—15 cm. langer, höckriger Tumor. Bei der Operation kann dieser Tumor, der mit dem Perit. verlötet und sehr schwer vom lig. rotund. zu lösen ist nur durch Resektion des Coecum entfernt werden. Endtoendvereinigung durch die Naht der beiden Darmlumina. Das Präparat zeigt einen derben schwartigen Tumor, der das Darmlumen komprimiert und verengt, in dieser Schwarte liegt der proc. vermif. Die pathol. anat. Diagnose lautet: chron. Periappendizitis und Appendizitis. Im Verlauf dauerten die Durchfälle noch lange an. Am 4. November wird Pat. mit kleiner kaum noch sezernierender Fistel entlassen. Der Stuhlgang erfolgt täglich einmal, jedoch ist der Stuhl noch dünnbreiig.

III. J. M. 42 Jahre. Landarbeiter. 26. November—23. Dezember 1903.

Januar 1903 zum ersten mal Schmerzen und hohe Temp. 3 Wochen lang bettlägerig.

Im Juni und Anfang September wiederholten sich ebensolche Attakken.

Seit 15 Jahren Hämorrhoiden, Blut im Stuhl, keine Lues.

Guter Ernährungszustand, mittlerer Wuchs. Die Illeocoecalgegend von einer harten deutlich tastbaren Resistenz eingenommen, die bis an den rechten Rektusrand heranreicht und nicht verschieblich ist.

29. Mai. Schnitt am Rektusrande der noch durch einen Querschnitt erweitert werden muss. Das Coecum und der Dünndarm sind durch feste, unlösbare Adhäsionen verklebt, das Coecum ist fest an die hintere Bauchwand fixiert und liegt daselbst einem harten flachen Tumor fest auf. Im Mesenterium harte Lymphdrüsen. Resektion mit dem Perit. pariet., sehr schweres Abkommen von der v. iliaca, die von Schwarten umgeben ist. Die Trennung wird nur durch den Thermokanter ausführbar.

Endtosidevereinigung des Dünndarms mit dem col. ascend. durch den Murphyknopf.

In den Schwarten eingebacken findet sich der 8 cm. lange proc. vermif. der hellen Schleim und ein ausgekeimtes Saatkorn enthält.

Bakteriol: bact. coli.

Verlauf: Bis zum 5. Dezember bestehen periton. Reizerscheinungen, Rückstauungen in den Magen, der täglich gespült werden muss.

6. Dezember. Geformter Stuhl, darnach tritt Besserung ein.

11. Dezember. Der Murphyknopf geht ab.

Bei der Entlassung besteht noch ein kleiner Granulationsstreifen, der die Tamponstelle markiert.

Pat. fühlt sich wohl, hat täglich 1 bis 3 schmerzlose Ausleerungen.

(Autoreferat).

D. v. Sengbusch,
d. Z. Sekretär.

Auszug aus den Protokollen der Gesellschaft praktischer Aerzte zu Libau.

Sitzung vom 5. April 1907.

1. Brehm stellt eine Patientin vor, die wegen Phlegmone der rechten Hand und Sehnenscheideneiterung des rechten Daumens operiert wurde mit Eröffnung der Sehnenscheide (mehrere kleine Oeffnungen). Nachbehandlung mit Bier scher Stauung, ergab ein vorzügliches Resultat.

2. Brehm stellt eine Patientin vor, der er einen Fremdkörper (Hühnerknochen) aus dem Oesophagus von aussen entfernt hatte. Die Frau kam 3 Tage, nachdem sie den Knochen verschluckt hatte und schon wiederholte Extraktionsversuche gemacht worden waren. Die Temperatur war erhöht und am Halse bestand beiderseits eine schmerzhafte Schwellung. Typische Oesophagotomie; das tiefe Bindegewebe war sulzig infiltriert und verfärbt, die Wand des Oesophagus war schwer zu differenzieren, da sie stark entzündlich verändert war; es fand sich hier bereits dünnflüssiger Eiter. Nach Spaltung der Wand gelingt es leicht, den $1^1/_2$ cm. langen, spitzen Knochen zu extrahieren, der sich in querer Richtung unterhalb des Ringknorpels eingekeilt hatte. Einlegen einer Schlundsonde durch die Wunde, breite Tamponade derselben. Die Operation war technisch erschwert durch eine Struma, die den Weg verlegte, so dass ihr linker Lappen abgelöst und aufgeklappt werden musste. Eine Strumektomie verbot sich durch die bestehende Phlegmone. (Autoreferat).

3. Brehm demonstriert eine heute exstirpierte Appendix, die 36 Stunden vor der Operation erkrankte. Sie ist 11 cm. lang, von Kleinfingerdicke, gangränös und war von jauchig riechendem, getrübten Exsudat umgeben. Die umgebenden Darmschlingen zeigten sich bei der Operation bereits injiziert. Beim Aufschneiden der Appendix präsentieren sich ein bohnengrosser und mehrere kleinere Kotsteine und ein Gurkenkern. Die Schleimhaut ist hämorrhagisch imbibiert. Die subjektiven Symptome waren in diesem Falle garnicht alarmierend: nur starkes Erbrechen und Schmerzen. Abdomen weich, rechts eine geringe Spannung der Bauchdecken. Temperatur etwas erhöht, Puls 80—88. Pat. ist früher immer gesund gewesen und vor 36 Stunden plötzlich erkrankt. Bemerkenswert sind die schweren Veränderungen bereits nach 36 Stunden.

Mag. Siew (als Gast) spricht über das angekündigte Thema: «Medizinisch-bakteriologisch-chemische Untersuchungen» auf Grund der in seinem Laboratorium in den 4 letzten Jahren gemachten Erfahrungen. Die Gesammtzahl der Untersuchungen betrug 1846: 1) Harnuntersuchungen führte er 967 mal aus: in 649 Fällen ergaben sich pathologische Veränderungen, und zwar Zucker-Harne ohne Eiweiss 128, mit Eiweiss 53; Zucker-Harne mit Aceton und Acetessigsäure 1; Laevulosurie 2; Harne und Eiweiss ohne Formelement 36; eiweisshaltige Harne mit Zylindern 228; eiweissfreie Harne mit hyalinen Zylindern 17; Pyurie 109; Haematurie 38; Ikterusharne 5; Haemoglobinurie 1; Bakterieurie 14; T. B. im Harn 2; positive Diazoreaktion 8: Tyrosin 1; Fettsäure 1; Indikanurie 68; Urobilinurie 41; Indigorot 3 (die 3 letzten Gruppen nicht in der Gesammtzahl der pathol. Harne enthalten). Die qualitative Eiweissbestimmung wurde nach Heller, mit Essigsäure und Ferrocyankalium, Sulfosalizylsäure und Spiegler-Jolles Reagenz gemacht, die quantitative nach Brandberg und auch polarimetrisch. Die Zuckerbestimmung geschah nach Fehling Nyländer, durch die Phenylhydrazinprobe und polarimetrisch. Einige mal beobachtete der Vortragende alimentäre Glykosurie; in einem Falle war dem Harn Zucker und Vogelblut beigemischt. Die Eiterharne wurden stets auf T. B. und G. C. untersucht. Es bestätigte sich hier die im Blumenthal'schen Institut (Moskau) gemachte Beobachtung, dass das spez. Gewicht des eiterhaltigen Harnes um so niedriger ausfällt, je höher der eitrige Prozess lokalisiert ist. Aus diesem Grunde misst der Vortragende der Bestimmung des spez. Gewichts eine ganz besondere diagnostische Bedeutung bei und schätzt sie höher

ein als den Nachweis von geschwänzten Epithelzellen. Unter den 8 Fällen von positiver Diazoreaktion handelte es sich 6 mal um Abdominaltyphen, 1 mal um Lungentuberkulose; 1 mal blieb dem Vortragenden die Diagnose unbekannt. 2) Sputa wurden 382 mal untersucht. Es fanden sich 119 mal Tuberkelbazillen, 15 mal Influenzabazillen, 7 mal Pneumo- und 8 mal Streptokokken. Elastische Fasern in T. Baz.-haltigem Sputum 85; Charcot-Leyden'sche Kryst. 8 (stets mit hoher Eosinophilie); Curschmann'sche Spiralen 4; säurefeste Bazillen 2; mikotische Pfropfen 5. Diphtheriematerial kam 62 mal zur Untersuchung, doch nur 9 mal ergab sich ein positiver Befund; 3 mal fanden sich spindelförmige Bazillen von Vincent. Bei den meisten, klinisch schwer verlaufenden Fällen des vorigen Winters handelt es sich um Staphylokokkeninfektionen, während die Streptokokken leichtere Erscheinungen machten. 3) Urethral- und Vaginalsekret wurde 206 mal untersucht. Wenn nur 30 mal Gonokokken nachgewiesen wurden, liegt es daran, dass die Untersuchungen meist zur Kontrolle geheilter Fälle vorgenommen worden waren. 4) Bei den 68 Blutuntersuchungen fand der Vortragende 1 mal Anthraxbazillen, 1 mal Malariaplasmodien; 2 mal lag myelogene Leukaemie vor; 12 mal fiel die Widal'sche Reaktion positiv aus. 5) Faeces wurden 94 mal untersucht und es fanden sich 3 mal Taenia-Eier, 15 mal Ascariden-Eier, 41 mal Trichocephalus-Eier, 4 mal Blut, 4 mal Eiter. 6) Der Rest von 67 Untersuchungen betrifft den Mageninhalt (26 mal), Erbrochenes (3), Eiter und Exsudate (21), Lumbalflüssigkeit (6), Frauenmilch (3), Mundbelag (Soor — 1), Schleim (Enteritis membranacea — 1), Konkremente (1), Knochen (Streptokokken — 1), Sperma (4). Zum Schluss seines Vortrages giebt Siew eine Schilderung des für die Frühdiagnose des Typhus so wichtigen Kulturverfahrens Conradis auf Rindergalle. Seiner Ansicht nach ergänzten sich die Conradi'sche und Widal'sche Methode.

(Referat nach dem Manuskript).

In der Diskussion weist Christiani darauf hin, dass die Diagnose «Bakteriurie» nur dann gestellt werden darf, wenn der Urin sofort nach seiner Entleerung Bakterien enthält.

Auf die beiläufige Bemerkung Siews, dass manchmal Urine, in denen von Aerzten Zucker durch Nylander konstatiert worden, dieser nicht vorhanden war, wohl aber Albumen, weil dieses Reagenz auch durch Albumen reduziert wird, entgegnet Prissmann, dass es sich dann vielleicht um alimentäre Zuckerausscheidung plus Albumen gehandelt haben könne, so dass der Harn bei einer späteren Untersuchung keinen Zucker und nur Alb. aufwies.

Ausser den Genannten beteiligen sich an der Diskussion noch Schmähmann, Brehm, Goldberg, Zoepffel, Lackschewitz und Straume.

Präses: Prissmann.

Sekretär: Ischreyt.

Tagesnachrichten.

Personalia.

— Am 16. Dezember vollenden sich 35 Jahre der ärztlichen und wissenschaftlichen Tätigkeit des Leibmedikus Geheimrats Dr. Leo Berthenson in St. Petersburg.

— Dr. Hermann Truhart in Dorpat ist, der «Nordl. Ztg.» zufolge, gelegentlich der Feier des Jahrestages der Dorpater medizinischen Gesellschaft in Ansehung seiner wissenschaftlichen Leistungen und seiner besonderen Verdienste um die Organisierung der Livländischen Aerztetage sowie des ärztlichen Rechtschutzvereins für Liv- und Kurland zum Ehrenmitgliede der Dorpater medizinischen Gesellschaft gewählt worden.

— Das 25-jährige Jubiläum seiner ärztlichen Tätigkeit beging vor kurzem hierselbst der auch in weiteren Kreisen bekannte Spezialist für Ohren-, Nasen- und Halskrankheiten, wirkl. Staatsrat Dr. Leo Gordon. Der Jubilar, welcher seine allgemeine medizinische Ausbildung an der hiesigen mediko-chirurgischen Akademie und seine spezialistische Ausbildung im Auslande, namentlich in Wien bei Prof. Politzer, erhalten hat, bekleidet gegenwärtig hier die Posten eines Konsultanten für das Sanitätswesen bei der Haupteisenbahnverwaltung und eines Medizinalbeamten für besondere Aufträge im Justizministerium. Von seiner Feder stammen einige populär-wissenschaftliche Bücher in russischer Sprache, wie «Die Stimme und die Sprache» und «Die Hygiene des Ohres».

— Der Direktor der kaukasischen Mineralbäder, Bergingenieur Iwanow, ist auf eigenes Ersuchen krankheitshalber verabschiedet. Zu seinem Nachfolger ist nun wieder ein Mediziner, der bisherige Direktor des Mineralbades in Staraja-Russa, wirkl. Staatsrat Dr. Tilitschejew, ernannt worden.

— Die Professoren der militär-medizinischen Akademie Dr. Ssimanowski (für Hals-, Nasen- und Ohrenkrankheiten) und Dr. Przibytek (für Pharmazie und Pharmakognosie) sind nach Ausdienung der gesetzlichen Dienstfrist auf weitere 5 Jahre im Dienst belassen worden.

— Der Professor ord. der Botanik an der Odessaer Universität Dr. bot. Kamenski ist auf sein Gesuch verabschiedet worden.

— Der stellv. Gouvernements-Medizinalinspektor in Tomsk Dr. Messarosch ist in diesem Amte bestätigt worden.

— Der Smolenskische Gouvernements-Medizinalinspektor, wirkl. Staatsrat Dr. Engelhardt, hat krankheitshalber seinen Abschied genommen. An seine Stelle ist sein bisheriger Gehülfe, Staatsrat Dr. Krylow, getreten.

— Die diesjährigen Träger des Nobelpreises sind: Prof. Laveran für Medizin, Prof. Buchner für Chemie und Prof. Michelson für Physik. Den Friedenspreis erhielten je zur Hälfte der Italiener Ernesto Moneta und der Franzose Louis Renault, den Literaturpreis — der Engländer Rudyard Kipling. — Prof. Laveran in Paris hat sich durch seine Arbeiten über Malaria einen Namen gemacht. — Prof. Buchner in Berlin hat sich grosse Verdienste dadurch erworben, dass er der bisherigen Gährungstheorie ein ganz anderes Gesicht gegeben hat. Er stiess die auch von Pasteur vertretene Ansicht, dass der Fermentprozess ein Erfolg der Lebenstätigkeit der Zellen sei und keine Gährung ohne lebende Hefezellen zustandekomme, um. Es gelang ihm, aus der Hefe einen Saft auszupressen, der, losgelöst von der lebenden Hefe, genau wie diese, Gährung hervorbrachte. Die Gährung wird also nicht durch die Hefe an sich, sondern durch ein in ihr enthaltenes Ferment, das Buchner Zymase genannt hat, ins Leben gerufen. Die Hefezellen haben nur die Aufgabe die Zymase zu erzeugen. — Prof. Michelson hat als Dozent für Physik an der Universität Chicago durch seine Arbeiten auf dem Gebiete der Elektrophysik besonderes Aufsehen erregt. Jeder der 5 Preise beträgt diesmal 138,196 Kronen (= c. 72,000 Rbl.).

Nekrologe.

— Verstorben sind: 1) In Lomsha der Oberarzt der dortigen Festungsartillerie Dr. Bronislaw Gimbut im 48. Lebensjahre nach fast 20-jähriger ärztlicher Tätigkeit. Er ist durch Selbstmord aus dem Leben geschieden. 2) Am 3. November in Tiflis der frühere Oberarzt des Karsschen Militärhospitals, Staatsrat Dr. Alexei Krestnikow, im Alter von 70 Jahren. Nach Absolvierung der Moskauer Universität i. J. 1864 wurde er Militärarzt und hat als solcher bis zu seiner Verabschiedung im Kaukasus gedient und an vielen Feldzügen teilgenommen. In den 90er Jahren fungierte er längere Zeit als Ehrenfriedensrichter im Eriwanschen Gerichtsbezirk. Die letzten Jahre war er an einem kleinen Ort Alawerdi im Tiflisschen Gouvernement noch als Fabrikarzt tätig. 3) In Lodz der frühere Militärarzt Dr. Johann Mühlauer im 72. Lebensjahre. Die Venia prakticandi hatte er i. J. 1865 erlangt. 4) In Breslau der dortige langjährige Professor Dr. Ludwig Hirt im 64. Lebensjahre. Der Verstorbene hat auf zwei Gebieten Hervorragendes geleistet, auf dem der Gewerbekrankheiten und dem der Nervenheilkunde. In den 70er Jahren erschien sein grosses Werk «die Krankheiten der Arbeiter» in 4 Bänden. An dem «Handbuch der öffentlichen Gesundheitspflege und der Gewerbekrankheiten», einem Teil des grossen Ziemssen'schen Handbuchs der spez. Pathologie und Therapie hat er in hervorragender Weise mitgearbeitet. Später wandte er sich fast ganz der Nervenheilkunde zu und schrieb ein «Lehrbuch der Elektrotherapie» sowie eine «Pathologie und Therapie der Nervenkrankheiten», die ins Englische, Französische und Italienische übersetzt worden ist.

Von Universitäten und medizinischen Instituten.

Am 24. November beging das hiesige weibliche medizinische Institut das Fest seines 10-jährigen Bestehens, auf welchem der Direktor Prof. Ssalaskin die Festrede hielt. Vor dem Festakt fand die Einweihung der neuerbauten Augenklinik, der neuen bakteriologischen Kabinette und eines 300 Zuhörerinnen fassenden Auditoriums statt. Zum Bau der Augenklinik, die für 40 Betten berechnet ist, haben die Frau des Komerzienrats Nobel 35,000 Rbl., die Stadt 20,000 Rbl. und das Institut selbst aus seinen eigenen Mitteln 15,000 Rbl. hergegeben.

— Das von der Regierung der Reichsduma vorgestellte Budget der Dorpater Universität, welches die Erhöhung einiger Budgetposten in Aussicht stellte, ist neuerdings wieder gekürzt worden. In der am 27. November abgehaltenen Sitzung der Reichsduma gab nämlich der Dumapräsident die Erklärung ab, dass das Ministerium der Volksaufklärung auf Grund des Art. 47 des Dumareglements u. a. nachstehende zwei Vorlagen zurückziehe: 1) die Eröffnung eines Kredits von 7341 Rbl. 75 Kop. für Anschaffung chirurgischer Instrumente und Möbel für das desmurgische Kabinett und das Kabinett für operative Chirurgie der Universität Dorpat; 2) die persönliche Gehaltserhöhung für den Rektor der Dorpater Universität um 1000 Rbl.

— Zur Besetzung des Lehrstuhls der Hygiene und Medizinalpolizei an der Charkower Universität ist von der dortigen medizinischen Fakultät ein Konkurs ausgeschrieben worden. Bewerber haben sich bis zum 24. Dezember d. J. zu melden.

Vereins- und Kongressnachrichten.

— Wir erinnern daran, dass im laufenden Dezembermonat zwei allrussische Kongresse stattfinden werden: Vom 19.—22. Dezember wird ein allrussischer Chirurgenkongress in Petersburg und vom 28.—31. Dezember der II. Kongress russischer Gynäkologen und Geburtshelfer in Moskau tagen. Beide Kongresse werden mit einer Ausstellung von Instrumenten, Verbandstoffen, Büchern etc. verbunden sein. Vorsitzender des Organisationkomitees des Gynäkologenkongresses ist Prof. Dr. W. Ssnegirew in Moskau.

Standesangelegenheiten.

— Am 24. November ist in St. Petersburg Dr. Anton Korabewitsch, der hier eine private Frauenheilanstalt gegründet hat, verhaftet worden, weil er in Verdacht steht, den Tod eines 20-jährigen jungen Mädchens durch Fruchtabtreibung verschuldet zu haben. Vor einiger Zeit wurde er wegen einer ebensolchen sträflichen Handlung verurteilt, damals aber begnadigt.

— Dr. Margolin und die Aerztinnen Ott, Gomello, Jegunowa und die Hebamme Schapiro, welche wegen Zugehörigkeit zum «Bauernbunde» kriminaliter belangt wurden, sind von der St. Petersburger Gerichtspalate freigesprochen worden.

— In Moskau ist der als Arzt des Bachruschin'schen Hauses mit unentgeltlichen Quartieren im Dienst der Stadt stehende Dr. Sergius Sokolow auf Beschluss des Konseils dieses Hauses von der Moskauer Stadtverwaltung ohne Angabe der Gründe aus dem Dienste entlassen worden.

— In Charkow hat sich der Student der Medizin Terentjew erschossen. Wie die Zeitung «Ssowremenoje Sslowo» hinzufügt, ist das bereits der fünfte Fall von Selbstmord unter der Schuljugend im letzten Monat. (R.W.)

— In der badischen Aerztekammer gelangte vor kurzem ein Fall zur Verhandlung, der unseren Landsmann Dr. Sintenis betrifft. Dr. Sintenis aus Dorpat, der jetzt in Villingen (Grossherzogtum Baden) lebt, erhielt, wie die Allg. med. Zentral-Ztg. berichtet, vom badischen Ministerium die Approbation unter Entbindung von den vorgeschriebenen Prüfungen, auf Grund der Bekanntmachung vom 9. Dezember 1869, wonach die «Entbindung von den ärztlichen Prüfungen auf Grund wissenschaftlich erprobter Leistungen dann zulässig ist, wenn der Nachsuchende nachweist, dass ihm von Seiten eines Staates oder einer Gemeinde amtliche Funktionen übertragen werden sollen». Dr. S. sollte als Armenarzt der Stadt Villingen mit angestellt werden, und sich mit den anderen Herren in das ausgeworfene Aversum teilen, wobei auf seinen Anteil 240 Mk. fielen. Bisher hatte das Ministerium eine Armenarztstelle niemals als amtliche Funktion betrachtet. Da der Fall S. zu ganz unhaltbaren Konsequenzen führen würde, war beantragt worden, beim Ministerium um Zurückziehung der dem Dr. S. erteilten Approbation, die auf Grund falscher Voraussetzungen erteilt wurde, vorstellig zu werden. Die Kammer stimmte diesem Antrage zu.

Verschiedene Mitteilungen.

— Das Rudolf Virchow-Denkmal für Berlin, dessen Ausführung nach dem abgeänderten Entwurf des Bildhauers Fritz Klimsch bereits in Angriff genommen ist, soll bis zum Frühjahr 1909 fertiggestellt werden. Die von dorischen Säulen eingefasste Architektur, die mit der krönenden Hauptgruppe (Herkules bezwingt ein phantastisches Sphinxungeheuer) das grosse Virchow-Bildnis umrahmen soll, wird in altvergoldeter Bronze hergestellt, für die übrigen Teile des Denkmals ist als Material ein weicher Kalkstein gewählt. Das Bildnis Virchows hat fast zweieinhalbfache Lebensgrösse.

— Die vor kurzem begonnene Sammlung für die «Robert Koch-Stiftung zur Bekämpfung der Tuberkulose» findet in weitesten Kreisen Deutschlands lebhafte Unterstützung, so dass seit dem Beginn der Sammlung in den ersten zwei Monaten 155,000 Mark gezeichnet worden sind. In Deutschland werden Beiträge unter der Adresse des Bankhauses S. Bleichröder, Berlin W., Behrenstrasse 63, erbeten.

— Das Moskauer Militärhospital, das am 21. November die Feier seines 200-jährigen Bestehens beging, ist bei dieser Gelegenheit auf Allerhöchsten Befehl in «Moskauer Militärhospital Kaiser Peters I.» umbenannt worden. Dieses Hospital, welches gegenwärtig 1400 Krankenbetten zählt, ist auch insofern bemerkenswert, als es das erste regelrecht eingerichtete Hospital und zugleich die erste Schule zur Ausbildung von Aerzten in Russland war. Als erster Oberarzt des Hospitals und Chef der medizinischen Schule hat der Leibarzt Peters I. Dr. Nikolai Gottfriedowitsch Bidloo fungiert. Der gegenwärtige Chef und der Inspektor sowie der Oberarzt Dr. Jakimow und der Leiter der psychiatrischen Abteilung Dr. Alilekow sind am Festtage durch Verleihung von Orden ausgezeichnet worden.

— Eine reiche Moskowiterin, die unbekannt bleiben will, hat der Stadt Moskau 300,000 Rbl. zum Bau einer Gebäranstalt beim Alten Katharinenhospital gespendet.

— Die Krebsliteratur. Auffallend gross ist das Interesse, das in neuerer Zeit für die Erforschung der Krebskrankheit zu Tage tritt. Mit welch' regem Eifer sich die medizinische Wissenschaft in den letzten Jahren wieder der Erforschung der Krebskrankheit widmet, geht aus einer von Dr. Anton Sticker in Berlin soeben veröffentlichten Zusammenstellung der Krebsliteratur hervor. Nach Stickers Literaturverzeichnis sind seit 1902 nicht weniger als 3395 besondere Arbeiten auf dem Gebiete der bösartigen Geschwülste erschienen. Von diesen Abhandlungen waren 1960 in deutscher Sprache, 607 in englischer, 549 in französischer, 113 in italienischer, 70 in russischer und polnischer, 37 in dänischer, schwedischer und norwegischer, 7 in portugiesischer, 3 in japanischer, 2 in griechischer Sprache abgefasst. — Wenn auch das gewaltige Ueberwiegen der deutschen Arbeiten, wie ein ärztliches Blatt launig bemerkt, einen deutlichen Beweis für die Schreibfreudigkeit der deutschen Gelehrten bildet, so dürfen wir darin wohl ausserdem ein Zeichen für das ungewöhnliche wissenschaftliche Streben der deutschen Aerzte er-

blicken, die ja auch in der Erforschung anderer schwieriger Probleme, z. B. in der Tuberkulosefrage, an Zahl und Bedeutung der veröffentlichten Arbeiten sich von niemandem übertreffen lassen. Deutschland besitzt aber auch gegenwärtig schon drei gut ausgestattete Institute für experimentelle Krebsforschung, nämlich in Heidelberg, Berlin und Frankfurt a/Main, an deren Spitze anerkannte Forscher wie Czerny und Leyden stehen.

— Wegen der grossen Restanzen des städtischen Krankenhauses in Goldingen (Kurland) hat sich die dortige Stadtverwaltung zu einem verzweifelten Mittel entschlossen. Die Stadtverordnetenversammlung hat nämlich, wie das örtliche Blatt berichtet, am 24. Oktober auf Antrag des Stadthauptes beschlossen, das Krankenhaus zum 1. Januar 1908 zu schliessen, bis dahin keine Kranken weiter aufzunehmen und die ausstehenden Forderungen für Verpflegung der Kranken gerichtlich beizutreiben. Nach Eingang von 50 Prozent der beizutreibenden Gelder soll das Krankenhaus wieder eröffnet werden. — Goldingen ist eine Stadt von 10.000 Einwohnern und besitzt, so weit uns bekannt, nur dieses einzige Krankenhaus mit 45 Betten.

Bf.

✦ Nächste Sitzung des Vereins St. Petersb. Aerzte: Dienstag, d. 11. Dez. 1907.

Tagesordnung: Lange: 2 Fälle von Thorakoplastik (Krankenvorstellung).

Klopfer: Zur Kasuistik des Volvulus bei der Hirschsprung'schen Krankheit.

Entgegennahme der Mitgliedsbeiträge.

✦ Nächste Sitzung des Deutschen ärztlichen Vereins: Montag, d. 17. Dez. 1907.

Tagesordnung: 1) Albanus: Ein Fall von cystischer Degeneration der Organe.

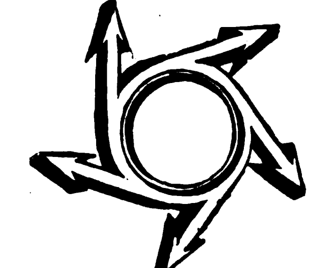
2) Wladimiroff: Ophthalmoreaktion bei Malleus.

LANOLINUM PURISSIMUM «LIEBREICH»

Pharm. Ross.

in bekannter absoluter Reinheit und unübertroffener Qualität.

103) 52—27

Marke  **„Pfeilring".**

Vereinigte Chemische Werke Aktiengesellschaft

Charlottenburg.

Dr. Brehmer's Pension einschliessliche ärztliche Behandlung Hauptabteilg. **M. 6.50,** Zweigabteilg. **M. 4.25.**

Heilanstalten für Lungenkranke

Chefarzt Dr. v. Hahn. **Görbersdorf** Bahnstation Friedland Bez. Breslau.



Das Krankenutensilienlager

des St. Petersburger Samariter-Vereins.

Maximilianowsky Pereulok, 11.

verleiht auf Empfehlung eines Arztes oder eines Mitgliedes des Vereins alle zur Krankenpflege notwendigen Gegenstände wie: Rollstühle, Wassermatratzen, Tragbahren, Krücken, Wannen, Eisbeutel, Irrigatore etc.

Das Lager ist täglich v. 10 bis 5 Uhr (an Sonntagen v. 12 bis 2) geöffnet.

Die Verwalterin ist Dienstags und Freitags v. 2—3 Uhr daselbst zu sprechen.





Eigenthum der Französischen Regierung. (34) 24—16.

BADE-SAISON.

In der Anstalt VICHY, der besteingerichteten in ganz Europa, sind vorhanden Bäder und Douchen zur Heilung von Magen-, Leber-, Harnblasen-, Harnsalz-, Podagra und anderen Krankheiten.

Täglich vom 15. Mai bis zum 30. September Theater und Concerte im Casino. Musik im Park. Lesecabinetts. Gastzimmer für Damen, Spiel-, Sprechsäle und Billards. Alle Eisenbahnlinien sind mit VICHY verbunden. Frankreich, Departement Allier.

Ein Pflanzen-Extract

zum inneren Gebrauche bei Gonorrhoe und Harnblasen-Entzündung

Antineon Loeher

Verkauf in Apotheken.

Betreffs Literatur sich zu wenden an Provisor

E. GÜRGENS

Moskau, Wolchonka.

Herausgeber Dr. Rudolf Wanach. Buchdruckerei v. A. Wienecke Katharinenhofer Pr. № 15.

XXXII. JAHRGANG. ST. PETERSBURGER Neue Folge XXIV. Jahrg.

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Redaktion von

Prof. Dr. Karl Dehio. Dorpat. Dr. Johannes Krannhals. Riga.

Dr. Rudolf Wanach. St. Petersburg.

Die „St. Petersburger Medizinische Wochenschrift" erscheint jeden Sonnabend.—Der Abonnementspreis ist in Russland 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr inkl. Postzustellung; in den anderen Ländern 20 Mark jährlich, 10 Mark halbjährlich. Der Insertionspreis für die 3mal gespaltene Zeile in Petit ist 20 Kop. oder 45 Pfen.—Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt. - Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.

Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate bittet man ausschliesslich an die Buchhandlung von K. L. Ricker in St. Petersburg, Newsky-Prospekt № 14, zu richten. — Manuskripte sowie alle auf die Redaktion bezüglichen Mitteilungen bittet man an den geschäftsführenden Redakteur Dr. R. Wanach in St. Petersburg, Petersb. Seite, Alexandrowski Pr. 6 zu richten. Sprechst. Dienstag, Donnerstag und Sonnabend 5—6.

№ 49 St. Petersburg, den 8. (21.) Dezember. 1907.

Zur Frage von der Metritis dissecans.

Von

Dr. Robert Heimbürger,

Assistent am Alexandrastift für Frauen zu St. Petersburg.

(Schluss.)

Bei den letzteren ist immer um die mortifizierten Stellen noch einige Spur von vorhergegangener Inflammation, welche auch nach dem Tode das im Leben Abgestorbene mit dem Gesunden nüanciert und wodurch Gangrän und Sphacelus gleichsam tätiger Weise erregt worden waren. Anders verhält es sich mit der hier gemeinten Putreszierung, bei dieser findet man gemeiniglich, solange die Putreszenz noch keine zufällige Entzündung hervorgebracht, nichts von einer umgränzenden Phlogose".

Eine andere Stelle bei Boer pag. 133 müsste eigentlich Gottschalk darüber aufklären, dass intrauterine Therapie im Wochenbett durchaus keine zweifelhafte Errungenschaft der Neuzeit, sondern ja bekanntlich auch weit vor Boers Zeiten geübt wurde.

Boer schreibt: „Wirklich kam diesen Winter die Putreszenz der Gebärmutter viel öfter vor als sonst. Alle dagegen angewandten Mittel, äusserlichen und innerlichen waren fruchtlos. Wir kannten das Uebel, wussten den Sitz desselben und konnten nicht helfen. Ich liess Beratungen darüber anstellen. Es blieb bei den gewöhnlichen Methoden, die Kranken starben fort, wie denn nach den bisher bekannten Kurorten wirklich nicht zu helfen gewesen war und nicht zu helfen ist. Lange schon, doch jetzt mehr als je drängte sich in mir der Gedanke diese an sich tötliche Krankheit müsse in der Hauptsache vielleicht topisch behandelt werden. Doch wie? Einspritzungen von allerhand Flüssigkeiten waren schon oft und lange nutzlos gemacht worden. Ich versuchte also in den Uterus ein Liniment aus Eybischsalbe und Theriak zu bringen. Es sondert sich innerhalb wenigen Stunden das Gangränöse darunter ab und die gesunden vom Brande freien Stellen der Mutterscheide und des Uterus vertragen es ohne Schaden; allein mit dem Charpie-Pinsel liess sich die Salbe nicht in die Gebärmutter bringen. Dieser fehlgeschlagene Versuch zwang mich auf ein anderes Benehmen zu denken. Es kam also auf nichts Geringeres an als die Gebärmutter wie einen äusserlichen Teil zu verbinden, Bourdonnets und Plumaecaux einzulegen — (Bourdonnets eine längliche Charpierolle, Wicke zum Ausfüllen von Wunden und fistulösen Geschwüren — Plumaecaux de charpie

— Flachbäuschchen von Leinwandfasern). Die Absonderung des Gefaulten in der Mutterscheide, sowie im Uterus und zum Teil des Mutterhalses selbst geschah innerhalb 36 Stunden in Flocken und ganzen breiten Stücken, wonach die Zufälle nachliessen und die Kranken unter fortdauernder Suppuration zusehends sich erholten".

Dieser Boer'sche Fall ist wohl vollkommen analog den als Metritis dissecans beschriebenen Fällen mehrerer Autoren, so Garriques, Höchstenbach, Grammatikati, wo neben einer Uterusgangrän auch eine gangränöse Vaginitis bestand. Bei einem älteren französischen Geburtshelfer finden wir auch ein aetiologisches Moment der puerperalen Uterusgangrän erwähnt, welches wohl auch heutzutage für manche Fälle zu Recht bestehen dürfte — Auguste Nonat, Traité pratique des maladies de l'utérus et de ses annexes pag. 76 — 1824 schreibt: „Quant à la gangrène qu'il ne faut pas confondre avec la putrescence de l'uterus, elle ne se développe d'ordinaire que l'orsque cet organe a subi pendant le travail de l'accouchement des manoeuvres qui ont meurtri son tissu".

Ja, die Metritis dissecans kannten die Meister der Geburtshülfe vor den 70 er Jahren des verflossenen Jahrhunderts nicht, aber die gemeine Gangräne, den Sphacelus der Gebärmutter, die Putrescenz kannten sie sehr wohl und exakte Beobachter waren sie auch — darin hat Gottschalk recht — das beweisen Boer's Worte von der Nüancierung nach dem Tode des im Leben abgestorbenen und von der die mortifizierten Stellen umgrenzenden Phlogose.

Sehr selten war aber die puerperale Uterusgangrän wohl auch früher, weil die Infektion bei der sie beobachtet wird in der Mehrzahl der Fälle früher und auch jetzt so stark ist und so rasch aufhört lokalisiert zu sein, dass sie bevor es noch zu irgend einer tätigen Phlogose (sagte man früher), Demarkationslinie, Granulationswall (sagen wir heute), kam, der Organismus erlag.

Kehren wir nun zu dem X, Y, Z von Gottschalk zurück, so möchte ich behaupten: sein X die Infektion genüge allein vollkommen; sein Y — die operativen Eingriffe bei der Geburt, lange Geburtsdauer, Traumatisierung der Weichteile durch den Kopf, schwere Blutungen sind ja natürlich sehr wichtige Momente zum Zustandekommen und Entfaltung der Infektion, ebenso wie Erkrankungen wie Diabetes mellitus, Syphilis, Typhus abdominalis, Scharlach, Masern als die Widerstandskraft des Organismus schädigende Momente, doch sein Z — die antiseptischen Spülungen des Uterus dürften zum Zustandekommen einer Metritis dissecans wenn nicht gänzlich irrelevant so doch in ihrer schädigenden Bedeutung sicherlich überschätzt sein. Ja man ist versucht die Argumentation von Gottschalk umzudrehen und zu fragen: ist es nicht vielleicht in einigen Fällen gerade Dank den antiseptischen Spülungen durch Abschwächung der eingedrungenen Infektionskeime dem Organismus gelungen den gangränösen Herd zu sequestrieren.

Wenden wir uns nun den modernen Lehrbüchern der Geburtshülfe zu, so können wir in Beckmanns Klage, dass sie das Kapitel Metritis dissecans entweder gar nicht oder doch nur sehr flüchtig behandeln, ja selbst die Existenz einer Metritis dissecans leugnen (so Ahlfeld, der die Fälle für Verwechselung mit ausgestossenen Myomen hält) nicht mehr einstimmen. Diese Klage ist zwar für die meisten Lehrbücher berechtigt, doch finden wir in Winckels Handbuch der Geburtshülfe der Metritis dissecans einen ihr gebührenden Raum angewiesen. In dem von v. Herff bearbeiteten Abschnitte „die pathologische Anatomie des Kindbettfiebers" finden wir folgendes: „wie in der Scham oder Scheide steigern sich unter der gemeinsamen Tätigkeit von Eiter- und Fäulnisspaltpilzen schwere Entzündungen zu ausgebreitetem Gewebsbrand. Grössere und kleinere Abschnitte der Gebärmutter gelangen als Brandschorfe zur Ausstossung → Metritis dissecans seu exfoliativa. Solche abgestorbenen Stücke werden durch unregelmässige vertiefte schwärzliche Trennungslinien in sehr verschiedener Tiefe von dem lebenden Gewebe getrennt und von einem Granulationswall unter Eiterung abgestossen. In seltenen Fällen wird die ganze Innenwand als ein dreieckiger Sack mit 3 Oeffnungen abgelöst. Häufiger indess kommt es nur zu Ablösung von unregelmässigen mehr oder weniger umfangreichen Fetzen. Ihre Dicke ist sehr verschieden: sie kann wenige Millimeter aber auch Zentimeter bei einer Länge von 10—13 Zentimetern und einer Breite von 7—10 ctm. betragen. Ein Durchschnitt zeigt nach aussen Teile der Muskulatur, auf der Innenseite einen dunkelroten zerfliesslichen mit Hohlräumen durchsetzten Brandschorf. Die Oberfläche ist sehr uneben und von zahlreichen linsen- bis erbsengrossen Oeffnungen durchsetzt. Dass solche grössere Stücke der Uterusmuskulatur brandig werden, kann ihre Ursache einesteils in weitgehenden Verstopfungen der Haargefässe durch Spaltpilze haben, andererseits veranlassten Spaltpilze ein weiteres Absterben von Geweben. Im Wesentlichen sind anaerobe Zersetzungs- und Fäulniserreger mit dabei beteiligt, da Eitererreger wohl Gewebszellen zum Absterben bringen, aber keinen Brand veranlassen. Unter den ersteren wären zu erwähnen Streptokokken und Staphylokokken neben dem sehr häufig vorkommenden Bacillus coli, unter den letzteren Proteusarten, Mikrokokkus foetidus, Bazillus perfringens, Bacillus racemosus. Die Neigung zu besonders schweren Entzündungen vor allem zum Brand der Gebärmutter wird begünstigt durch schwere geburtshülfliche Schädigungen, die an sich schon die Gewebe zum Absterben bringen können. Ferner durch Erkrankungen der Frauen die ihre Widerstandskraft herabsetzen: Zuckerruhr, Nierenentzündungen, starke Blutverluste, Syphilis, vorangegangene anderweitige Infektionen wie Masern, Scharlach, Typhus.

Von örtlichen Schädigungen seien noch erwähnt Anätzungen mit starken Desinfektionsmitteln, Karbol, Sublimat, Lysol, durch zu häufige Ausspülungen mit Alkohol, fraglich ob durch übermässige Gaben von Ergotin. Vielfach handelt es sich sicher nur um nachträgliche Infektionen von unter der Geburt abgestorbenen Gewebsabschnitten die im Verlauf des Wochenbetts zur Abstossung kommen".

Nach v. Herff sind alle ätiologischen Momente, die von verschiedenen Autoren die über Metritis dissecans berichten, neben der Infektion mit stärkerer oder schwächerer Betonung ihrer Wichtigkeit angeführt worden so Liepmann Diabetes mellitus, Syromjatnikow Syphilis, Typhus abd., starke Ergotingaben Ruge und die von allen Autoren fast einstimmig genannten — so lange Geburtsdauer, Operationen intra partum, starke Blutungen etc. nur begünstigende Momente, die Hauptsache ist die Infektion und zwar die Infektion mit Streptokokken vergesellschaftet mit den schon erwähnten Fäulnis- resp. Branderregern. Während nun von allen Autoren die daraufhin untersucht haben, Streptokokken konstatiert werden, so messen Franqué, Gottschalk, Liepmann den beiläufig gefundenen Saprophyten keinerlei ätiologische Bedeutung zu. Beckmann, der im nekrotischen Gewebe 3 Mal Stäbchen gefunden hat sagt zum Schluss seiner umfangreichen Arbeit über puerperale Uterusgangrän „wie weit Fäulnisbakterien in der Pathogenese der puerperalen Uterusgangrän eine Rolle spielen, muss noch weiter untersucht werden".

Interessant ist die von Beckmann beobachtete Vacuolisation des nekrotischen Muskelgewebes und der in einigen Fällen beobachtete Abgang von übelriechenden Gasen aus dem Uterus; diese Beobachtungen passen eventuell ganz zu den v. Herff'schen Ausführungen über die gasbildende Wirkung des Bacillus racemosus, Bacillus perfringens und mehrerer anderer Fäulniserreger. Sehr interessant ist auch der sogenannte erste Fall von Metritis dissecans, der Fall von Sslawjanski wo bei den Komplikationen neben Parametritis dextra, Metrophlebitis, auch eine Pleuropneumonia metastatica gangränosa dextra erwähnt ist. Im betreffenden Sektionsprotokoll finden wir: „Im Unterlappen der rechten Lunge ein apfelgrosser, keilförmiger gangränöser Herd nebst den Erscheinungen einer beginnenden Sequestration". Das deckt sich wieder mit den v. Herff'schen Ausführungen wonach Fäulniserreger resp. Branderreger in gewisser Vergesellschaftung so virulent werden können und so agressiv, dass sie zu schweren Bakteriämien führen können und also auch zu spezifischen Metastasen in anderen Organen.

Was das mikroskopische Bild des Sequesters anbelangt, so wird es wohl von allen Autoren, die es anführen gleichartig geschildert: Der Sequester bietet unter dem Mikroskop das Bild vollkommener Gewebsnekrose. Färbungsfähigkeit des Gewebes vor allem der Kerne stark vermindert resp. auch vollkommen fehlend. Zell- und Gewebsgrenzen häufig bis zur vollkommenen Homogenität verwischt. Gefässe häufig nachweisbar, meist mit Kokkenthromben gefüllt. Häufig auch die lamellöse Struktur des Muskelgewebes, auch deutliches Muskelgewebe manchmal nachweisbar. Vacuolisation (Beckmann) des nekrotischen Muskelgewebes. Im gesunden Muskelgewebe an der Grenze des nekrotischen der durch Kernreichtum und starke Tinktionsfähigkeit charakterisierte Granulationswall (Liepmann, Beckmann). In nach Gramm gefärbten Schnitten Streptokokken, Saprophyten (?) so die von Beckmann gefundenen feinen recht langen Stäbchen.

In meinem Falle, wo es sich um 3 Sequester handelte die lose miteinander zusammen hingen und bei der Extraktion von einander getrennt wurden, konnte ich auf mehrfachen Schnitten nach Gramm und Löffler gefärbt keinerlei Spaltpilze im Gewebe nachweisen. Makroskopisch waren alle 3 Stücke von graugrünlicher Farbe mit starkem foetiden Geruch. Das grösste Stück (11 ctm. × 17 ctm.) war in seinen dicksten Partien von beinahe Handtellergrösse bis 2 ctm. dick. Das nächstgrösste (10 ctm. × 15 ctm.) war nicht über 2 mm. dick doch besetzt mit zahlreichen Gewebsbrocken von Linsen- bis Bohnengrösse (Myometrium) die deutlich zeigten, in wie verschiedener Tiefe der Abstossungsprozess vor sich gegangen war. Das 3. Stück (3 ctm. × 5 ctm.) war fast durchweg bis 1½ ctm. dick mit unebenen Flächen und zackigen Rändern. Alle 3 Sequester aneinandergelegt stellten wohl einen vollkommenen Ausguss der Innenfläche des Uterus dar. Mikroskopisch zeigte der Sequester das Bild einer vollständigen Gewebsnekrose: diffuse Färbung mit Eosin hellrosa; Kerne nirgends tingiert. Zell- und Gewebsgrenzen verwischt; hie und da einige Quer- resp. Schrägschnitte von Gefässen erkennbar: Aus einer gewissen lamellösen Anordnung des Gewebes mit mehr weniger Vermutung Myometrium zu erkennen.

Die Mortalität bei Metritis dissecans ist nach Beckmann 27,5% Die unkomplizierten Fälle verlaufen meist glatt nach Ausstossung des Sequesters. Komplikationen sind: Perforation mit anschliessender Peritonitis, manchmal Uterusdarmfistel wie im Falle Isspolatowskaja und Liepmann (letzterem wirft Gottschalk vor, er hätte die Perforation selbst bei der „Sondierung aus Wissensdrang" nach Ausstossung des Sequesters bewirkt) Para-Parametritis, Pelveoperitonitis, Thrombosen, Septicaemie, Septico-pyaemie.

Bezüglich der Diagnose der Metritis dissecans sind sich alle Autoren ausgenommen Garriques und Beckmann darüber einig, und ich möchte mich ihnen anschliessen, dass die Diagnose erst nach Ausstossung resp. Entfernung des Sequesters erfolgt, bis dahin aber das klinische Bild durchaus kein für die Metritis dissecans pathognomonisches ist. Garriques und Beckmann haben ja das besondere Glück gehabt in relativ kurzer Zeit viele Fälle zu beobachten und ich gebe gern zu, dass sie nach einigen beobachteten Fällen späterhin mit mehr weniger Wahrscheinlichkeit die Diagnose auch vor Ausstossung des Sequesters gestellt haben. Beckmann sagt „ich halte die Diagnose nicht nur für möglich, sondern sogar für leicht. Die vorangegangene Geburt und die allgemeinen Erscheinungen weisen auf eine Wochenbettserkrankung hin; die lokalen Erscheinungen auf den Prozess in der Gebärmutter. Das charakteristische Sekret nebst der eigentümlichen Schwellung der inneren Fläche der Uteruswand gestatten keinen Zweifel an der Diagnose. Auch in den Fällen, wo sich der Muttermund schon geschlossen hat, weist der Charakter der Ausscheidungen, die allmählich aus bräunlich-rötlichen in rein eitrige übergehen auf die richtige Diagnose hin. Auch der Geruch des Sekrets ist ganz eigenartig. Die hintangehaltene Involution, der Hochstand des Uterus, seine Vergrösserung in den ersten Tagen wie auch das lokale Spätoedem der äusseren Geschlechtsteile werden in der Weise bei anderen Formen der Puerperalerkrankungen nicht beobachtet". —

Dem gegenüber möchte ich nur anführen, dass ich in meinem Falle bei einer täglichen Visitation (in den ersten 3 Tagen 2 Mal täglich) und trotzdem ich, da ich allen Grund hatte bei der Eile der Ausführung des Eingriffs und der Unsauberkeit des Milieus eine Puerperalinfektion zu fürchten, sorgfältig auf alle Erscheinungen von Seiten der Genitalorgane achtete, keinen besonderen Hochstand des Uterus, keine Empfindlichkeit, kein Oedem konstatieren konnte, das Lochialsekret hatte auch nichts charakteristisches und was die charakteristische Schwellung der inneren Oberfläche der Uteruswand anlangt, so ist zu deren Konstatierung eine Austastung des Kavums wohl nötig, zu der man sich im Frühwochenbett wohl nur dann entschliessen wird wenn man sichere Hinweise auf Placentarretention oder sonstigen pathologischen Uterusinhalt hat.

Was die Therapie bei Metritis dissecans anbelangt, so soll sie — bemerken alle Autoren zum Schluss —, eine rein exspektative sein; jede Art lokaler Manipulationen sind zu unterlassen, so hauptsächlich Uterusspülungen, Sondierungen, digitale Explorationen des Uteruskavums etc. Beinahe alle Autoren, und da mache ich leider keine Ausnahme, haben derartige Manipulationen vorgenommen (weil eben die richtige Diagnose fehlte) und sind erst nachträglich nach stattgehabter Erfahrung zu der ja durchaus richtigen Ansicht von der lokal exspektativen Therapie gelangt.

Was die Spätfolgen für den Uterus und seine Funktionsfähigkeit anbetrifft so sind die Angaben der Autoren darüber recht spärlich. In 1 Fall von Ssyromjatnikoff war die Regel 3 Monate nach der Genesung noch nicht aufgetreten. Walther fand einen kleinen atrophischen Uterus mit in hartes Narbengewebe verwandeltem Endometrium. Beckmann berichtet über Spätuntersuchungen in 4 Fällen, davon fehlte in 2 Fällen die Menstruation bei in einem Fall verwachsenem Zervikalkanal und sehr kleinen Uterus, in den beiden anderen Fällen traten Menses von neuem auf und zwar

regelmässig wie vor der Geburt. v. zur Mühlen berichtet in seinem Fall von Wiederkehr der Menses. Gottschalk's Patientin hat sogar — das ist aber auch der einzige bekannte Fall — nachdem 2 Mal abortiert und war zur Zeit der Publikation im 7. Monat schwanger. Die Grösse des Sequesters betrug in diesem Falle 16 X 4 X 2½ ctm. ein schmallanges Stück Gewebe welches ungefähr die Gestalt des Uterus wiedergiebt „Jedenfalls ist unser Fall" bemerkt Gottschalk mit Recht — „ein schönes Beweisstück für die starke Regenerationsfähigkeit der Gebärmutter".

Zum Schlusse möchte ich zusammenfassend folgende Sätze aufstellen:

1) Die partielle puerperale Uterusgangrän ist auch früher beobachtet worden und ist durchaus nicht ein Produkt der Neuzeit; sie ist aber auch früher wohl sehr selten gewesen, weil in der Mehrzahl der Fälle die Infektion die sie hervorrufen kann früher zum letalen Ende führte, bevor es noch zu einer Demarkation kommen konnte.

2) Die partielle puerperale Uterusgangrän ist wie jede sequestrierende Gangrän, als ein für den Organismus relativ günstiger Ausgang bei schwerer Puerperalinfektion zu betrachten, wo der Organismus unter partieller Opferung von Gewebe dem weiteren Vordringen der Spaltpilze durch Bildung eines Granulationswalles eine Schranke setzt.

3) Eine Diagnose — zum mindesten bei Einzelbeobachtungen — ist vor Abgang resp. Entfernung des Sequesters nicht möglich.

4) Die Therapie soll eine rein exspektative sein, es jedenfalls nach Konstatierung resp. Ausstossung des Sequesters werden.

5) In der Aetiologie spielt die Hauptrolle die Infektion, speziell Streptokokken vergesellschaftet mit Fäulniserregern, wobei letzteren wahrscheinlich eine durchaus tätige, agressive Rolle zugeschrieben werden muss. Doch sind die Akten über die Frage der Pathogenität der Fäulniserreger noch lange nicht geschlossen.

Ich möchte mit dem Wunsche schliessen, dass v. Franque's kränkende Worte, dass die meisten Fälle von Metritis dissecans aus Russland stammen (an zweiter Stelle Amerika), was aus der mangelhaften Fürsorge für die gebärenden Frauen der ärmsten Klassen zu erklären sei, baldmöglichst nicht mehr zu Recht bestehn möchten.

Literatur.

1. Sslawjanski. Mediz. Bericht der St. Petersburger Entbindungsanstalt von Bidder-Ssutugin, 1840—1871 p. 363.
2. Ssyromjatnikoff. Archiv f. Gyn. Bd. 18 p. 156.
3. Garrigues. New-York med. Record 1882 octr. Archiv f. Gyn. Bd. 38 p. 512. Centralblatt f. Gyn. Bd. 7 p. 166.
4. Isspolatowskaja. Wratsch 1884 № 6.
5. Grammatikati. Russkaja Medicina 1885 № 13—15. Centralblatt f. Gyn. Bd. 9. p. 436.
6. Dobbert. St. Petersburger med. Wochensch. 1890 und Journal Akuscherstwa 1897, Heft IX.
7. Höchstenbach. Archiv f. Gyn. Bd. 37 p. 175.
8. Gebhardt. Zeitschrift für Geburtsh. u. Gyn. Bd. 22 p. 414.
9. Ruge. Ibidem.
10. Worobjeff. Botkins Hospitalzeitung 1892 p. 866.
11. v. Schrenck. Protokolle des livländischen Aerztetages 1894.
12. Walther. Münchener med. Wochenschr. 1894 № 2.
13. Beckmann. Zeitschr. für Geburtshilfe und. Gyn. Bd. 42 p. 423.
14. Wainstein. Geburtsh. und Gyn. Gesellschaft zu St. Petersburg, 12. Dez. 1896.
15. Daschkewitsch. Geburtsh. und Gyn. Gesellschaft Kiew 27. Nov. 1898.
16. Schmidt. Allg. med. Zentralzeitung 1899.
17. Gottschalk. Zeitschr. für Geburtsh. und Gyn. Bd. 52 Heft 1 p. 179.
18. Darkschewitsch. St. Petersburger med. Wochenschrift 1900.
19. v. Franqué. Sammlung klin. Vorträge № 316 1901.
20. Palkanow. Wratsch 1902 № 45.
21. v. Zur-Mühlen. St. Petersburger med. Wochenschrift 1903.
22. Liepmann. Archiv für Gyn. Bd. 70. pag. 426.

Bücheranzeigen und Besprechungen.

v. Mering: Lehrbuch der inneren Medizin. 4. Auflage. Verlag J. Fischer in Jena. 1907. 1228 Seiten. Preis 12 M. 50 Pf.

Der grosse Erfolg des Mering'schen Lehrbuches erklärt sich durch seine Kürze, den niedrigen Preis und die hervorragende Bedeutung seiner Verfasser. Denn Mering ist nicht Verfasser, sondern Herausgeber des Werkes, in dem er selbst nur die Erkrankungen des Magen's und des Stoffwechsel's behandelt hat. Fast alle «führenden» Kliniker Deutschland's haben die Bearbeitung eines Kapitels übernommen: Es haben bearbeitet: Romberg (Tübingen) die akuten Infektionskrankheiten; Fr. Müller (München): die Krankheiten der Atmungsorgane; Krehl (Heidelberg): die Kreislaufsorgane; D. Gerhardt: (Jena) Mund, Rachen und Speiseröhre. Mering (Halle): Magen und Stoffwechsel; Matthes (Köln): Darm und Peritoneum; Minkowski (Greifswald): Leber und Gallenwege; Stern (Breslau): Harnorgane; Moritz (Giessen) Nerven, Gehirn und Rückenmark; Kraus (Berlin): Neurosen; Vierordt (weil. Heidelberg) Bewegungsorgane; Noorden (Wien): Blut; His (Berlin) Vergiftungen; Gumprecht (Weimar): Therapeutische Technik.

Die Namen der Verfasser, die mit wenigen Ausnahmen als erste Grössen auf dem Gebiet der inneren Medizin weit über Deutschland hinaus bekannt sind, machen es verständlich, dass wir auf allen Gebieten eine präzise, klare und moderne Schilderung der wichtigen Krankheitsbilder finden.

Was die Kürze der Darstellung betrifft, so will es mir scheinen, dass hie und da fast die Grenze des notwendigen überschritten ist, denn einige Abschnitte bestehn fast nur aus kurzer Aufzählung von Symptomen und Krankheitsbezeichnungen. So scheint mir z. B. das Kapitel der Nierenkrankheiten etwas kurz geraten zu sein. (Die febrile Albuminurie wird überhaupt nicht von der akuten Nephritis getrennt). Andere Abschnitte sind entschieden relativ ausführlicher behandelt, so die Krankheiten des Nervensystems. Eine gewisse Ungleichmässigkeit in der Behandlung lässt sich eben bei der Zusammenarbeit so vieler Autoren kaum vermeiden.

In Studentenkreisen wird der Mering vielleicht den beliebten Strümpel hie und da verdrängen. Für den praktischen Arzt ist er zur kurzen Orientierung gut geeignet.

O. Moritz.

Rauber's Lehrbuch der Anatomie des Menschen. Neubearbeitet und herausgegeben von Dr. Fr. Kopsch. Siebente Auflage. Abteilung I und II, Leipzig, Verlag von Georg Thieme.

Aus der Vorrede erfahren wir, dass Rauber sich von der Weiterführung seines berühmten Buches zurückgezogen hat, weil die notwendig gewordene Neugestaltung des bildnerischen Teils technische Hilfsmittel erfordert, die ihm in Dorpat nicht zur Verfügung stehen. Er hat das Werk zur Neubearbeitung dem I. Assistenten am Anatomischen Institut der Universität Berlin Fr. Kopsch übergeben. Bei allen Verehrern des genialen Anatomen wird diese Tatsache Bedauern erregen, das sich allerdings dämpft, wenn man näheren Einblick in die neue Auflage gewinnt. Das Aeussere, das Technische ist bis an die Grenze des Vollendeten geführt, Rauber's Geist lebt in dem Buch fort, leicht erkennbar für Alle, die das Glück haben zu seinen Schülern zu gehören.

Das Buch erscheint jetzt in Quartformat, ist also handlicher; die Abbildungen sind infolgedessen bedeutend grösser, für viele Präparate in natürlicher Grösse gegeben. Die Reproduktion, bei der die technischen Erfahrungen bei der Herausgabe der anatomischen Atlanten von Toldt und Spalteholz nutzbar gemacht sind, kann kaum übertroffen werden. Zur Herstellung der Originale haben Abzüge auf Platinpapier von photographischen Aufnahmen der betreffenden Präparate gedient. Die Ausführung der Zeichnungen für die Reproduktion in Autotypie stammt von bewährter Künst-

lerband (Franz Frohse und Lisbeth Krause), unter Zuhilfenahme des Originalpräparates und anderer geeigneter Präparate.

Im Text sind natürlich die Ergebnisse der Forschung bis in die neueste Zeit hinein verwertet. Die Nomenklatur ist die Baseler. Auf die Herstellung des Registers ist besondere Sorgfalt verwandt. — Die I. uns vorliegende Abteilung enthält die allgemeine Anatomie, die II. Abteilung — die Knochen-, Gelenk- und Bänderlehre. — Dem Referenten ist nur ein Versehen aufgefallen: auf pag. 461, Fig. 616 ist das Ligamentum collaterale tibiale fälschlich als L. c. fibulare bezeichnet.

Das Rauber'sche Buch fesselt Jeden, der sich in dasselbe vertieft, in eigentümlicher Weise, es geht ein Zauber von ihm aus, dessen Ursache in Folgendem zu suchen sein dürfte. Die sonst getrennt abgehandelten Wissenschaften, die der anatomischen Erkenntnis dienen, descriptive und topographische Anatomie, Entwickelungsgeschichte, vergleichende Anatomie, ebenso auch die anderen Disciplinen die sich mit der Erforschung der belebten und unbelebten Natur beschäftigen — verschmelzen in Rauber's Darstellung in Eins; wir sehen daher auch das scheinbar Unbedeutende nicht als fertiges Einzelne, sondern sehen es entstehen, erkennen es als organischen Bestandteil eines Ganzen, werden uns seiner mannigfachen Beziehungen zu der Welt, in der wir leben, bewusst. Nichts erscheint unbedeutend, unwichtig, jedes Detail fesselt unser Interesse, regt zu weiterem Nachforschen an. So Anatomie zu lehren vermag nur ein grosser Meister. Ihm gebührt unser Dank.

Wanach.

Tagesnachrichten.

Personalia.

— Seinen 70. Geburtstag beging am 2. Dezember einer der bekanntesten und geachtetsten Aerzte der Stadt Riga, Dr. Gustav Carlblom. Die Gesellschaft praktischer Aerzte in Riga, deren Präses der Jubilar von 82—84 war, überreichte ihm aus diesem Anlass durch eine Deputation das Ehrenmitgliedsdiplom der Gesellschaft. Dr. Carlblom ist in Livland geboren und erhielt seine medizinische Ausbildung an der Dorpater Universität, an welcher er auch i. J. 1866 zum Doctor medicinae promoviert wurde, worauf er sich in der Stadt Riga niederliess, der er seine ganze Tätigkeit als Arzt gewidmet hat.

— Der Oberarzt des Nikolai-Kadettenkorps und Arzt der Eigenen Kanzlei Seiner Majestät, Staatsrat Dr. Ostrogorski, ist zum Ehrenleibmedikus des Allerhöchsten Hofes ernannt worden, unter Belassung in den von ihm bekleideten Aemtern.

— Das beratende Mitglied des militär-medizinischen Gelehrten-Komitees und des Medizinalrats des Ministeriums des Innern, Prof. emer. der militär-medizinischen Akademie Dr. Dianin, ist zum Geheimrat befördert worden.

— Zum Namensfeste Seiner Majestät des Kaisers sind nachstehende Ordensauszeichnungen Allerhöchst verliehen worden:

Der Weisse Adlerorden—dem Oberarzt des St. Petersburger Marinehospitals und Medizinalinspektor des Petersburger Hafens, Ehrenleibmedikus Geheimrat Dr. Rambach;

Der St. Wladimirorden II. Klasse — dem beständigen Mitgliede des militär-medizinischen Gelehrten Komitees. Geheimrat Dr. Reich;

Der St. Wladimirorden III. Klasse — den Professoren der militär-medizinischen Akademie, wirkl. Staatsräten Dr. Cholodkowski und Dr. Turner, dem Medizinalinspektor des Transbaikalgebiets Dr. Futowitsch, sowie dem Oberarzt des Abastumanschen Militärhospitals, Dr. Gopadse.

Der St. Stanislausorden I. Klasse—den Korpsärzten des 4. resp. 12. Armeekorps Dr. Agapitow und Dr. Wolkow.

— Der Prof. ord. der Pharmakologie an der Kiewer Universität Dr. Laudenbach ist auf den Lehrstuhl der Physiologie an dieser Universität übergeführt worden.

Der Konsultant bei den St. Petersburger Erziehungsanstalten des Ressorts der Kaiserin Maria, wirkl. Staatsrat Dr. Victor Sigrist, ist zum Konsultanten der St. Petersburger Entbindungsanstalt ernannt worden.

— Prof. Dr. Paul Ehrlich, der berühmte Leiter des Instituts für experimentelle Pathologie in Frankfurt a/Main, ist von der Berliner medizinischen Gesellschaft zum Ehrenmitgliede gewählt worden.

— Unter den am 28. November neugewählten Stadtverordneten von Goldingen (Kurland) finden wir zwei Aerzte, den Stadtarzt Dr. Max Ulmann und den Kreisarzt Fedor Kupffer.

— In London ist der berühmte englische Physiker Lord-Kelwin im Alter von 84 Jahren gestorben.

— Der bekannte Syphilidologe Professor Dr. Neisser ist nach Abschluss seiner Syphilisforschungen in Batavia nach Breslau zurückgekehrt.

— Der «Estl. Gouv. Ztg.» zufolge ist der Baltischportsche Stadtarzt Dr. Abel seinem Gesuch entsprechend aus dem Dienst entlassen worden. Mit der Ausübung seiner Funktionen ist der Revalsche Kreisarzt Dr. Peterson betraut worden.

Nekrologe.

— Verstorben sind: 1) Am 26. November in Archangelsk der verabschiedete Kreisarzt des Onegaschen Kreises Dr. Wladislaw Kupko im Alter von 30 Jahren an einer Blinddarmentzündung, die leider zu spät operiert wurde, da kein Arzt in Onega, wo er erkrankte, in der Nähe war und der aus Archangelsk herbeigerufene Dr. Grenkow die Operation erst ausführte, als bereits der Krankheitsprozess zu weit vorgeschritten war. Der Verstorbene ist seit der Absolvierung seiner Studien i. J. 1905 im Kemschen Kreise und in der Stadt Onega als Arzt tätig gewesen, wurde aber vor kurzem vom Gouverneur auf administrativem Wege seines Amtes entsetzt. 2) In Warschau der freipraktizierende Arzt Dr. Metschislaw Windischbauer im 69. Lebensjahre nach mehr als 46-jähriger ärztlicher Tätigkeit. 3) Am 27. November der Bezirksarzt des Rostowschen Bezirks im Lande der Donischen Kosaken Dr. Wladimir Ussakowski plötzlich im 58. Lebensjahre. Obschon er fast 27 Jahre als Landschaftsarzt im Dongebiet tätig gewesen ist, so hat er doch seine Familie ganz mittellos zurückgelassen. 4) In Tambow am 27. November der Prosektor am dortigen Landschaftshospital Dr. Johann Sjawzillo, im Alter von 47 Jahren. Die Venia practicandi hatte er i. J. 1886 erlangt. 5) In Frankfurt a/Main der berühmte Laryngologe, Geh. Medizinalrat Professor Dr. Moritz Schmidt-Metzler, im 70. Lebensjahre. Nachdem er seine Studien an verschiedenen Universitäten (Göttingen, Wien, Berlin, Utrecht, Paris) beendigt, liess er sich als praktischer Arzt in seiner Heimatstadt Frankfurt nieder und beschäftigte sich in seiner umfangreichen Praxis vorzugsweise mit den Erkrankungen der oberen Luftwege, so dass er bald als hervorragender Spezialist für Nasen-, Kehlkopf- und Lungenkrankheiten galt. In der Folge war er der vielleicht am meisten von In- und Ausländern konsultierte Laryngologe Deutschlands. Seine zahlreichen wissenschaftlichen Arbeiten sicherten ihm eine erste Stelle unter seinen Fachgenossen, einen dauernden Ruf hat er sich aber durch sein umfassendes Werk «Die Krankheiten der Luftwege» erworben, das 1894 erschien und seitdem eine Reihe von Auflagen erlebt hat.

— Aus Freiburg i. Breisgau kommt die Trauerbotschaft, dass der nicht allein in St. Petersburg, sondern weit über die Grenzen unserer Stadt hinaus bekannte und geschätzte Frauenarzt und Gehülfe des Direktors des Evangelischen Hospitals, Dr. Karl Otto von Renteln, am 27. Nov. dort im 55. Lebensjahre an der Lungenschwindsucht verschieden ist. Die Kunde von seinem Ableben hat hier in weiten ärztlichen Kreisen sowie unter seinen Freunden, Landsleuten und Patientinnen schmerzlichen Wiederhall gefunden.

Von Universitäten und medizinischen Instituten.

— Der stellv. Rektor der Odessaer Universität Prof. Petrijew hat vom Ministerium der Volksaufklärung die telegraphische Weisung erhalten, die Rektoratsgeschäfte dem Kliniker Prof. Dr. Lewaschëw (von der rechten Partei der Professoren) zu übergeben. Diese Verfügung des Ministers ist wohl erfolgt, weil Prof. Petrijew es zugelassen hat, dass in der Konseilsitzung die Tätigkeit des Rektors Santschewski und des Prorektors Wasskowski, welche bekanntlich dem Gericht übergeben sind, besprochen wurde und die Majorität der Professoren sich mit den Handlungen derselben solidarisch erklärten. Der Minister hat auch die Bestätigung des vom Konseil zum stellvertretenden Prorektor gewählten Professors Borissow verweigert.

— Mit der Aenderung der Uniformen in der Armee soll auch die Einführung einer neuen Uniform für die Studenten der militär-medizinischen Akademie geplant sein. Zur Ausarbeitung von Vorschlägen für diese Uniform ist eine Kommission, bestehend aus den Stabsoffizieren der Inspektion, unter dem Vorsitz des Chefs der Akademie niedergesetzt worden.

— Nach dem auf der von uns in der vorigen Nr. erwähnten 10-jährigen Jahresfeier des weiblichen medizinischen Instituts durch den Sekretär Prof. Lichatschëw verlesenen Bericht beträgt die Gesamtzahl der Hörerinnen des Instituts gegenwärtig — 1861, während das Lehrpersonal 101 Person zählt. Im verflossenen Lehrjahre haben 221 Hörerinnen den Kursus absolviert, davon 150 — cum laude. Im ersten Dezennium gehörten dem Institut insgesamt 3012 Personen als Hörerinnen an, von denen 705 den Kursus beendigten, während 416 das Institut aus verschiedenen Gründen schon früher verliessen. Das Jahresbudget des Instituts ist im Laufe des ersten Jahrzehnts auf 300,000 Rbl. angewachsen.

— Die Hörerinnen des hiesigen weiblichen Instituts sind, wie der Tagesblätter berichten, mit ca. 60,000 Rbl. an Gebühren für das Recht zum Besuch der Vorlesungen im Rückstande.

— Die Gesamtzahl der Kranken in den Zivilhospitälern St. Petersburgs betrug am 24. Nov. d. J. 12469 (37 mehr als in der Vorwoche), darunter 854 Typhus — (3 wen.), 1072 Syphilis — (18 mehr), 368 Scharlach — (8 wen.), 259 Diphtherie — (18 wen.), 67 Masern — (10 mehr), und 8 Pockenkranke — (5 mehr als in der Vorw.).

— Die Gesamtzahl der Sterbefälle in St. Petersburg betrug in der Woche vom 18. bis zum 24. Nov. d. J. im ganzen 789 (417 M., 372 W.), darunter an folgenden Krankheiten:

Typhus exanth. 0, Typhus abdom. 12, Febris recurrens 3, Typhus ohne Bestimmung der Form 0, Pocken 0, Masern 22, Scharlach 24, Diphtherie 27, Croup 0, Keuchhusten 13, Kroupöse Lungenentzündung 36, Erysipelas 6, Grippe 5, Katarrhalische Lungenentzündung 78, Ruhr 0, Epidemische Meningitis 0, Akuter Gelenkrheumatismus 0, Parotitis epidemica 0, andre Krankheiten 266, Anthrax 0, Hydrophobie 0, Puerperalfieber 1, Pyämie und Septicaemie 12, Tuberkulose der Lungen 108, Tuberkulose anderer Organe 19, Alkoholismus und Delirium tremens 6, Lebensschwäche und Atrophia infantum 32, Marasmus senilis 29, Krankheiten des Verdauungskanals 90, Totgeborene 39.

✦ Nächste Sitzung des Vereins St. Petersb. Aerzte: Dienstag, d. 11. Dez. 1907.

Tagesordnung: Lange: 2 Fälle von Thorakoplastik (Krankenvorstellung).

Entgegennahme der Mitgliedsbeiträge.

✦ Nächste Sitzung des Deutschen ärztlichen Vereins: Montag, d. 17. Dez. 1907.

Tagesordnung: 1) Albanus: Ein Fall von cystischer Degeneration der Organe.
2) Wladimiroff: Ophthalmoreaktion bei Malleus.





Natürliche Mineralwasser



Die Quellen gehören der Französischen Regierung.

Man hüte sich vor Nachahmungen und bezeichne genau die Quelle.

VICHY CÉLESTINS — Nieren- u. Harnblasen-Krankheiten.

VICHY GRANDE GRILLE — Leber- und Gallenblasen-Krankheiten.

VICHY HOPITAL — Krankheiten der Verdauungs-Organe, des Magens und der Därme.

Haematogen Grüning.

Ein eisenhaltiges diätetisches Präparat, bewährt sich vorzüglich bei **Rachitis, Skrophulose, Schwächezuständen, Anämie** und **als Blutbildungsmittel.**

Haematogen Grüning ist **keine** Nachahmung der ausländischen Präparate, sondern nach einem **bedeutend vervollkommneten Verfahren** hergestellt. Trotzdem ist der Preis ein billiger. Es enthält **weder** Aether noch andere schädliche Konservierungsmittel.

Verkauf bei der **Russischen Pharmazeutischen Handels-Gesellschaft** u. and. **besseren** Drogengeschäften und Apotheken.

General-Verkauf **C. W. Gosch.**
St. Petersburg, Gorochowaja, 32.

(78) 3—3.

PERTUSSIN

Extract. Thymi saccharat. Taeschner.

ges. gesch. Einfuhr von der russ. Behörde gestattet.

Unschädliches, sicher wirkendes Mittel gegen:

Keuchhusten, Kehlkopf- und Bronchialkatarrh.

Literatur in hervorrag. Blättern Deutschlands u. Oesterreich-Ungarns.

Aerztliche Gutachten:

Prof. Dr. Ernst Fischer *(Strassburg):*
Die Wirkung des „Pertussin" war eine überraschende; wenngleich ich nicht gerade sagen kann, dass der Keuchhusten sich in einigen Tagen in einen einfachen Katarrh verwandelte, so wurden die Anfälle so milde, der Schleim so locker, dass das Erschreckende des Keuchhustens, das Blauwerden und die drohende Erstickung, vollständig wegfielen.

Dr. Model, kgl. Bezirksarzt a. D. *(Weissenburg):*
Nach dem Gebrauch des Pertussin war es mir beim Erwachen plötzlich, als athmete ich die freie herrliche Luft auf einem Alpen-Gipfel. Diese Leichtathmigkeit fiel mir besonders auf, der ich infolge langjähriger Bronchialkatarrhe an merklichem Emphysem leide.

Dr. Alfred Müller *(Neuhausen):*
Mein Urtheil geht dahin, dass das Pertussin ein Mittel ist, das in kürzester Zeit den mit Recht so gefürchteten Keuchhusten in einen ungefährlichen und fast unmerkbaren Bronchialkatarrh überzuführen vermag. Ich kenne zur Zeit kein anderes Mittel, welches sich des gleichen Vorzuges rühmen dürfte.

Dr. Erich R. von Matzner *(Birkfeld, Steierm.):*
Die drei mit Pertussin behandelten Bronchitiden, davon zwei bei Kindern, zählten zu den schwersten Formen und jedesmal erwies sich Ihr Präparat als von ausgezeichneter Wirkung; der starke Hustenreiz nahm in wenigen Stunden bereits ab und die Secretion begann sich bald zu verringern, die Temperatur fiel ab.

Verkauf nur durch die Apotheken, sowie durch folgende Engros-Depôts: **H. Bierstümpfel**, Apotheker, Warschau, Marszalkowska 136. **Ad. Marcinczik**, Apotheker, Kiew. **Paul Seebode**, Apotheker, Riga, Kalkstr. 26. **B. Schaskolsky**, Petersburg, **Carl Ferrein**, Moskau.

Hergestellt in der Kommandanten-Apotheke E. Taeschner, Berlin C. 19, Seydelstrasse 16. (63) 0—21.

Winterkur für Lungenkranke

Görbersdorf i. Schl. (560 m.)

◆ **Dr. Römpler's Sanatorium** ◆

in herrlicher Gebirgslage mit grossem Park, Vollkommene Hygiene — modernste Einrichtungen. (73) 13—9.

Das Krankenutensilienlager des St. Petersburger Samariter-Vereins.

Maximilianowsky Pereulok, 11.

verleiht auf Empfehlung eines Arztes oder eines Mitgliedes des Vereins alle zur Krankenpflege notwendigen Gegenstände wie: Rollstühle, Wassermatratzen, Tragbahren, Krücken, Wannen, Eisbeutel, Irrigatore etc.

Das Lager ist täglich v. 10 bis 5 Uhr (an Sonntagen v. 12 bis 2) geöffnet.

Die Verwalterin ist Dienstags und Freitags v. 2—3 Uhr daselbst zu sprechen.

Adressen von Krankenpflegerinnen:

Frl. Pauline Winkel, Конногвардейскій переулокъ 4, кв. 2.

XXXII. JAHRGANG. ST. PETERSBURGER Neue Folge XXIV. Jahrg.

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Redaktion von

Prof. Dr. Karl Dehio. Dorpat.

Dr. Johannes Krannhals. Riga.

Dr. Rudolf Wanach. St. Petersburg.

Die „St. Petersburger Medizinische Wochenschrift" erscheint jeden Sonnabend.—Der Abonnementspreis ist in Russland 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr inkl. Postzustellung; in den anderen Ländern 20 Mark jährlich, 10 Mark halbjährlich. Der Insertionspreis für die 3mal gespaltene Zeile in Petit ist 20 Kop. oder 45 Pfen.—Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt. - Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.

Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate bittet man ausschliesslich an die Buchhandlung von K. L. Ricker in St. Petersburg, Newsky-Prospekt № 14, zu richten. — Manuskripte sowie alle auf die Redaktion bezüglichen Mitteilungen bittet man an den geschäftsführenden Redakteur Dr. R. Wanach in St. Petersburg, Petersb. Seite, Alexandrowski Pr. 6 zu richten. Sprechst. Dienstag, Donnerstag und Sonnabend 5—6.

№ 50 St. Petersburg, den 15. (28.) Dezember. 1907.

Zur Aetiologie der Coxa vara.

Von

F. Weber.

Dozent der Chirurgie an der Militär.-mediz. Akademie zu St. Petersburg.

Im Jahre 1894 beschrieb Prof. Kocher in Bern und fast gleichzeitig mit ihm Müller und Hofmeister aus der Bruns'schen Klinik eine eigenartige Erkrankung des oberen Teils des Oberschenkels, die in einer Verbiegung des Schenkelhalses und einer Verschiebung des Schenkelkopfes nach unten und teilweise nach hinten besteht, und die von diesen Autoren Coxa vara benannt wurde. Seitdem erscheinen jährlich in der Fachliteratur Arbeiten, die neue Beiträge zur Frage über diese Erkrankung liefern.

Während Kocher als Coxa vara eine ziemlich typisch verlaufende Krankheit beschrieb, die sich bei jugendlichen rasch wachsenden Individuen vor Eintritt der vollen Verknöcherung der Epiphysenlinien wegen zu grosser Belastung des Schenkelhalses entwickelt, sind die meisten Autoren, die in der letzten Zeit diese Frage bearbeitet haben, der Ueberzeugung, dass jede Verkrümmung des Schenkelhalses die mit einer Verkleinerung des Winkels zwischen Schenkelhals und Schenkelschaft einhergeht, zur Coxa vara gerechnet werden muss.

Die Coxa vara ist also kein typisch verlaufendes Krankheitsbild; es ist, wie Prof. Turner sich zutreffend ausdrückte, ein Sammelbegriff für eine jegliche Verkrümmung des pathologisch veränderten Schenkelhalses, der unter Belastung des Oberkörpers nachgiebt. Die verschiedenartigsten Erkrankungen sowohl des Schenkelhalses als auch des oberen Teiles des Schenkelschaftes können zur Erweichung des Knochens führen, wobei der Schenkelkopf sich allmälig nach unten oder nach unten und hinten umbiegt.

Je nach der Lokalisation des pathologischen Prozesses wird auch der Charakter der Verbiegung ein verschiedenartiger sein. Gewöhnlich werden 4 Arten der Verbiegung angenommen: 1) Verbiegung zwischen Schenkelkopf und Schenkelhals. 2) Verbiegung des Schenkelhalses. 3) Verkleinerung des Winkels zwischen dem Ansatze des Schenkelhalses und dem Schenkelschaft. 4) Verbiegung des Schenkelschaftes unterhalb des Trochanter major.

Ohne Zweifel muss die Coxa vara gleich einigen Formen der Scoliosen, dem Genu valgum, dem Plattfuss zu den Belastungsdifformitäten zugezählt werden.

Sehr interessant ist die Frage, ob eine verstärkte Belastung genügt, um bei normaler Knochenstruktur eine Verbiegung des Schenkelhalses hervorzurufen. Einige Autoren (Hofmeister, Blum, Sudeck) geben zu, dass bei jungen sehr rasch emporgewachsenen Leuten eine Inkongruenz zwischen der Last des Körpers und der Festigkeit des noch nicht vollständig verknöcherten Schenkelhalses eintreten kann; bei Vorhandensein von einigen begünstigenden Momenten — bei schwerer Arbeit bei gespreizten und stark nach aussen rotierten Oberschenkeln, kann, der Meinung dieser Autoren nach, eine Verbiegung des Schenkelhalses bei normalem Knochenbau entstehen.

Diese Autoren unterscheiden eine symptomatische Coxa vara, die bei den verschiedenartigsten Erkrankungen des Schenkelhalses gefunden werden kann, und eine essentielle Form, die von Einigen auch Coxa vara adolescentium genannt wird.

Ich persönlich halte es auf Grund eines genauen Studiums der in der Literatur beschriebenen Fälle, eines eigenen ziemlich genau beobachteten Falles und namentlich auf Grund von theoretischen Erwägungen über die Struktur des Knochengewebes für im höchsten Grade unwahrscheinlich, dass die essentielle Form, bei welcher die Schenkelhalsverbiegung bei normalem Bau der Knochensubstanz entsteht, wirklich existiert.

Dank den Arbeiten von v. Meyer, hauptsächlich aber von Julius Wolff und des bekannten Mathematikers Prof. Cullmann, des Begründers der graphischen Statik, wissen wir, dass das spongiöse Knochengewebe überhaupt und speziell der spongiöse Knochen des Schenkelhalses nach genauen mathematischen Gesetzen aufgebaut ist mit der Berechnung um bei möglichst geringem Aufwand von plastischem Material eine möglichst solide Festigkeit des Knochens zu erreichen.

Cullmann machte die Zeichnung eines Krahns zum Heben von Lasten und gab ihm eine Biegung, die der normalen Schenkelhalsbiegung entsprach; ausserdem belastete er den Bogen des Krahns mit 30 Kilo, einem Gewicht, das ungefähr dem Gewicht entspricht, welches ein normaler Schenkelhals zu tragen hat. Auf dieser Zeichnung führte er eine ganze Reihe von mathematisch genau ausgerechneten Linien, die den Trajecturen der grössten Zug- und Druckspannung, denen dieser Krahn bei der Belastung ausgesetzt ist, entsprechen sollten.

Wenn man die mathematische Zeichnung von Cullmann mit den Photographien vergleicht, die Wolff von dünnen Fournierschnitten des oberen Teiles des Oberschenkels bekam, muss man zur Ueberzeugung kommen, dass die Knochenlamellen der Spongiosa was Richtung und Krümmung anbelangt, vollständig dem Liniensystem der Cullmann'schen Zeichnung entsprechen.

Um den feineren makroskopischen Bau der Knochen zu studieren, liess Wolff auf einer Fabrik mittels speziellen Elfenbeinsägen den Knochen in sehr dünne Fournierschnitte zersägen; nachdem das Knochenmark durch einen starken Wasserstrahl entfernt ist werden diese dünnen Knochenscheiben auf schwarzem Sammt photographiert.

In der letzten Zeit haben wir in den Röntgenstrahlen ein Mittel um auf eine viel raschere und einfachere Art ein genaues Bild von der feineren Struktur des spongiösen Knochens zu bekommen. Für das Röntgenverfahren brauchen die Knochenscheiben nicht so dünn zu sein; dabei tritt die feinere Struktur der Spongiosa und die geschwungenen Linien der Knochenlamellen viel deutlicher und übersichtlicher zu Tage als auf den Photographien von Julius Wolff.

Wolff zeigte, dass die Knochenbalken der Spongiosa eine direkte Fortsetzung der Knochenlamellen der Kompakta bilden, dass dort, wo der Knochen einer grösseren Zug- und Druckspannung unterworfen ist, die einzelnen Knochenbälkchen dichter und in mehr parallelen Reihen sich legen um allmälig in die kompakte Substanz überzugehen.

Während beim Erwachsenen die Spongiosa des Oberschenkels eine Reihe von regelmässig gebogenen Knochenlamellen aufweist, die von der Kompakte des Oberschenkelschaftes beginnend ununterbrochen bis zum Schenkelkopf durchziehen, ist bei Kindern und jugendlichen Individuen die Knochenstruktur eine andere.

Das ganze Bogensystem wird durch den eingelagerten Epiphysenknorpel unterbrochen, wobei aber die Knochenlamellen dieselbe Richtung und Regelmässigkeit aufweisen. Der Epiphysenknorpel ist um so dicker je jugendlicher das Individuum ist.

Charakteristisch ist der Umstand, dass eine gewisse Knochenstruktur einem ganz bestimmten Alter entspricht. Das Wachstum des Oberkörpers und die damit verbundene Zunahme des Gewichtes führt auch zur grösseren Festigkeit des Schenkelhalses, die letztere wird dadurch erreicht, dass der Epiphysenknorpel in seiner Dicke allmälig abnimmt, und die Knochenlamellen, die in bestimmten Zug- und Druckbogen angelegt sind, dicker und länger werden.

Die Arbeiten von Wolff haben uns also gelehrt, dass die Natur in der Struktur des spongiösen Knochens auf die genialste Weise ein Problem der Baukunst gelöst hat, mit möglichst geringem Aufwand von Material eine solide Konstruktion zu liefern.

Ausserdem zeigte uns J. Wolff, dass wenn die Last, die der Schenkelhals zu tragen hat, sich vergrössert, und das Knochengewebe in seiner Ernährung nicht gestört ist, der spongiöse Knochen durch Verdickung der alten Knochenbälkchen und durch Entstehung von neuen an seiner Festigkeit zunimmt. Diese Neubildung von spongiösem Knochen entstand seiner Meinung nach durch den trophischen Reiz der Funktion. In den Fällen wo die Funktion ausfällt, wo die Extremität aus irgend einer Ursache wenig oder gar nicht gebraucht wird, sehen wir das umgekehrte Bild: die Knochenbälkchen verdünnen sich und vermindern sich an Zahl; es tritt das Bild der Osteoporose ein.

Nach allem oben gesagten ist es höchst unwahrscheinlich, dass ausschliesslich eine zu starke Belastung des Schenkelhalses zu einer Verbiegung des letzteren führen kann, um so mehr da die grössere Belastung wegen starken Wachstums niemals plötzlich, sondern immer allmälig auftritt; bei normaler Knochenernährung müsste der Schenkelhals in diesen Fällen immer mit einer Verdichtung seiner Spongiosa reagieren.

Bei der Coxa vara adolescentium ist es anzunehmen dass der Grund der Schenkelhalsverbiegung nicht nur in der grösseren Belastung, sondern hauptsächlich in einer Erweichung des Knochens zu suchen ist.

In der Literatur sind eine Reihe von Arbeiten erschienen, wo diese Form der Coxa vara operativ behandelt wurde; durch Resektion des Schenkelhalses wurden für das Studium der Aetiologie sehr wertvolle Präparate erhalten.

In einem Falle von Kocher fand Prof. Langhans bei mikroskopischer Untersuchung des entfernten Knochens Veränderungen, die charakteristisch sind für Osteomalacie. Haedke beschrieb einen hierher gehörigen Fall, wo wegen starker Funktionsstörungen und Schmerzen die Resektion ausgeführt wurde. Die mikroskopische Untersuchung ergab ein für Rachitis charakteristisches Bild.

Bevor ich einige Erkrankungen des Schenkelhalses bespreche, die zur Verbiegung desselben führen können,

möchte ich einige Werte über die Coxa vara traumatica sagen.

Es ist als fest bewiesene Tatsache anzusehen, dass ein Trauma eines vollständig normalen Schenkelhalses zu einer Coxa vara führen kann. Ich spreche natürlich nicht von einer vollständigen traumatischen Schenkelhalsfraktur, bei der gewöhnlich die Funktion vollständig und plötzlich aufgehoben wird, so dass ein Bild entsteht, das wenig Aehnlichkeit hat mit dem Bilde der Coxa vara, bei welcher bekanntlich alle Symptome allmälig und schleichend sich entwickeln. Uns interessieren mehr die Fälle wo nach dem Trauma nur eine Fissur im Schenkelhalse entsteht; die Funktion braucht im Anfang nicht gestört zu sein. Bei der Belastung dieses seiner früheren Festigkeit beraubten Schenkelhalses gleitet der zentrale Teil, also der Schenkelkopf nach unten und es entwickelt sich allmälig das Bild der Coxa vara.

Der Schenkelhals eines gesunden erwachsenen, aber nicht alten Menschen ist so fest konstruiert, dass Frakturen oder nur Infraktionen und Fissuren hier nur äusserst selten vorkommen. Bei sehr starker Gewaltwirkung bricht eher der obere Teil des Oberschenkelschaftes oder es kommt eine Luxation im Hüftgelenk zu Stande. Anders ist es im kindlichen und im Greisenalter. Bei Kindern, wo ein mehr oder weniger dicker Epiphysenknorpel vorhanden ist, ist die Festigkeit des Schenkelhalses eine viel geringere. Wenn es hier nach einem Trauma zu einer Fraktur kommt, so geht die Frakturlinie fast immer durch den Epiphysenknorpel. Hoffa beschrieb eine ganze Reihe hierher gehöriger Fälle, wo auf den Röntgenbildern sehr schön das Verhältnis der Frakturlinie zur Epiphysenlinie zu sehen ist. In der Literatur sind eine Reihe von Fällen beschrieben, wo nach dem Trauma der Schenkelkopf sich vom Schenkelhalse trennte, aber dank dem Erhaltensein des Periostes sich nicht dislozierte. Die Funktion wird in diesen Fällen nach dem Trauma kaum gestört; aber bei der Belastung des Schenkelhalses disloziert sich der Kopf allmälig nach unten und es entsteht die Coxa vara. Im Greisenalter, wo ganz physiologisch sich eine starke Osteoporose des Schenkelhalses ausbildet, können Fissuren nach dem Trauma sehr leicht auftreten. Wenn der Kranke nach dem Trauma zu früh anfängt sein Bein zu belasten, bevor der Defekt in der Spongiosastruktur durch Bildung von neuen Knochenbälkchen repariert wird, so kann der Schenkelhals unter der Last des Körpers sehr leicht nach unten abgebogen werden.

Von den Erkrankungen, die zur allmäligen Verkrümmung des Schenkelhalses führen können, nenne ich als erste die Rachitis. Bei der Rachitis kommt es sehr rasch zu Veränderungen im Bereich der Epiphysenknorpel, die verdickt und wegen eines unvollständigen und unnormalen Ossifikationsprozesses aufgeweicht sind. Bei der Erweichung des Epiphysenknorpels zwischen dem Schenkelkopf und Hals weicht ersterer allmälig nach unten ab und wölbt sich pilzartig über dem unteren Rand des Schenkelhalses vor. Nach dem oben gesagten ist es klar, warum bei der coxa vara rachitica die Verbiegung immer im Bereich des Epiphysenknorpels liegt. Bei schweren Formen von Rachitis, wo fast das ganze Skelett beteiligt, fehlt die Coxa vara selten.

Vom Vorhandensein der letzteren kann man sich leicht überzeugen, wenn man die Kranken auffordert die Beine zu spreizen.

Wenn die Abduktion beschränkt ist und wir einen beiderseitigen Trochanterhochstand finden, kann man mit grosser Wahrscheinlichkeit eine Coxa vara diagnostizieren; das Röntgenbild wird diese Diagnose fast immer bestätigen.

Die Coxa vara rachitica hat die Eigenschaft, dass sie oft ohne spezielle orthopädische Therapie zurückgeht.

Das wird uns nicht verwundern, wenn wir bedenken, dass ja auch andere rachitische Verkrümmungen die Eigenschaft haben spontan sich zu bessern.

Die Osteomyelitis des oberen Teils des Oberschenkelschaftes kann zur Verbiegung des Schenkelhalses auf zweierlei Art führen. Indem sie sich im Schenkelhals entwickelt zerstört die Osteomyelitis den normalen Knochenbau und führt zur vollen Erweichung des Knochens; der letztere kann, wie im Falle von Volkmann, durch Muskelzug der gespannten Glutaealmuskeln vollständig verbogen werden.

Wenn sich die Osteomyelitis im oberen Teil der Schenkeldiaphyse entwickelt in der Nähe des Trochanter major, kann in der Spongiosa des Schenkelhalses eine Osteoporose entstehen teilweise aus Mangel an Funktion, teilweise unter dem direkten Einfluss des benachbarten Entzündungsherdes.

Hier interessieren uns weniger die Formen der akuten Osteomyelitis, die ein rasches operatives Handeln erfordern, wobei es gewöhnlich zur Resektion des ganzen Schenkelhalses kommen kann. Viel interessanter sind die Formen der subakuten und chronischen Osteomyelitis, die ohne Eiterung verlaufen und konservativ geheilt werden können. Wenn solche Kranke zu früh anfangen ihr Bein zu belasten, kann sich bei ihnen leicht eine Coxa vara entwickeln. Einen solchen Fall konnte ich vor kurzem im Hospital Mariae Magdalenae beobachten.

A. L., ein 13-jähriges gut genährtes Mädchen. Sie trat ins Hospital ein mit Klagen über, leichte Schmerzen im rechten Oberschenkel und dass sie hinkt und leicht ermüdet. Keine Spur von Rachitis, Tuberkulose oder Syphilis. Im Januar 1907 fiel die Kranke beim Schlittschuhlaufen und stiess sich den rechten Oberschenkel; sie war im Stande aufzustehen und nach Hause zu gehen. Einige Tage darauf stellten sich Schüttelfröste ein, hohes Fieber und Schmerzen. 1½ Monate fieberte die Kranke, wobei in der Gegend des grossen Trochanter eine sehr schmerzhafte Schwellung zu konstatieren war. Es kam nicht zur Eiterung und Fistelbildung; die Schmerzen und die Schwellung gingen allmälig zurück. Vor 2 Monaten fing die Kranke an vorsichtig herumzugehen, erst mit Krücken, dann mit einem Stock. Den letzten Monat geht sie ohne Stock leicht hinkend.

Die Muskeln des Oberschenkels und der Glutaealgegend sind kaum atrophisch zu nennen, das rechte Bein ist auf 5 Zentim. verkürzt. Die Gegend des rechten Trochanter major tritt stärker hervor; die Spitze des Trochanter steht 5½ Zentim. über der Roser-Nélaton'schen Linie. Der Trochanter selbst ist stark verdickt und nach oben ausgezogen, fast gar nicht schmerzhaft. Sowohl die aktiven als auch die passiven Bewegungen im rechten Coxalgelenk sind ziemlich frei. Leicht behindert ist die passive Flexion: rechts bis 130°, links bis 140°. Stärker behindert ist die Abduktion: rechts bis 35°, links bis 50°. Die Rotation nach aussen ist rechts etwas freier wie links, die Rotation nach innen dagegen sehr beschränkt. Die Extension des Beines ist ganz frei.

(Schluss folgt.)

Bücheranzeigen und Besprechungen.

Prof. B. Stiller: Die asthenische Konstitutionskrankheit. (Asthenia universalis congenita. Morbus asthenicus). Stuttgart. Enke. 1907. 228. S.

Die Lektüre dieses interessanten Buches ist jedem praktischen Arzt warm zu empfehlen. Trotzdem wohl die meisten Kollegen das «Stiller'sche Symptom», die Costa decima fluctuans, als Stigma der Splanchnoptose kennen dürften, wird den meisten diese zusammenfassende Monographie des Verfassers doch noch eine Menge neuer überraschender Tatsachen und Gesichtspunkte vermitteln. Die Dialektik des Autor's ist glänzend, seine Erfahrung als Arzt unbestritten (er hat 44



Jahre praktiziert) — und seine scharfe Beobachtung und Schilderung des Astheniker's ist unübertrefflich.

Eine abfällige Kritik der Stiller'schen Ausführungen wäre nur einem Kritiker gestattet, der an einem sehr grossen Material — und es wird doch immer hinter dem Stiller'schen zurückbleiben, das viele tausend Fälle zählt — Nachprüfungen anstellt. Es unterliegt keinem Zweifel, dass Stiller in der Hauptsache Recht hat. Es ist die «allgemeine angeborne Schwäche» mit ihrer Neurasthenie und ihrer Splanchnoptose, ihrer Atonie der Gewebe und ihrer Dyspepsie eine hereditäre Konstitutionskrankheit. Ob daneben das Stigma, die Costa X fluctuans, als diagnostischer Hinweis nie im Stich lässt, — darüber habe ich kein Urteil; das haben aber auch Stiller's Gegner zum grössten Teil nicht, da ihre Untersuchungen z. T. nur an einem kleinen Material ausgeführt wurden, z. T. aus anderen Gründen nicht beweiskräftig sind. In einem ausführlichen polemischen Teil weist Stiller die gegen seine Lehre gerichteten Angriffe zurück.

Von höchstem Interesse sind die Ausführungen des Verf. über Morbus asthenicus und Phtise, d. h. die Indentifizierung des Habitus asthenicus mit dem Habitus paralyticus der Phtisiker. Unübertrefflich ist das von ihm entworfene Bild des Astheniker's, geradezu verblüffend in dem Teil, der die Psyche und die Veranlagung des «konstitutionell Schwachen» schildert. Auf die «relative Immunität» dieser Pat. gegen eine ganze Anzahl von Krankheiten, — wie organische Herzleiden, Gicht, Diabetes und andere — ist meines Wissens noch nicht so präzis aufmerksam gemacht worden. Beherzigenswert und entschieden absolut zutreffend ist die Verurteilung der leider bis jetzt noch geübten «Ptosenoperationen». Vereinzelte Ausnahmefälle, bei denen eine Operation indiziert sein kann, erkennt S. selbst ausdrücklich an.

Eine Fülle der Anregung für Diagnostik wie Therapie wird jeder Kollege aus diesem «spannenden» Buch gewinnen können. O. Moritz.

Karl von Bardeleben: Lehrbuch der systematischen Anatomie des Menschen für Studierende und Aerzte. Zweite Hälfte. Urban und Schwarzenberg, Berlin und Wien, 1906. Preis des kompletten Werkes 22 Mk.

Mit dem zweiten Teil ist das Werk, auf das wir schon Gelegenheit hatten hinzuweisen, vollständig erschienen und umfasst die anatomische Beschreibung des ganzen menschlichen Körpers. Während der erste Teil das Skelett- und Muskelsystem umfasste, enthält der zweite Teil das Darmsystem, die Harn- und Geschlechtsorgane, das Gefäss- und Nervensystem, die Haut und die Sinnesorgane. Ein ausführliches Sachregister ist dem Ganzen angeschlossen. Mit Absicht giebt der Verf. keinerlei Abbildungen und verweist im Allgemeinen im Vorwort und vielfach auch im Text auf den Atlas von Carl Toldt. Ucke.

Taschenbuch der Therapie, mit besonderer Berücksichtigung der Therapie an der Berliner, Wiener und anderen deutschen Kliniken. Herausgegeben von Dr. M. T. Schnirer, Redakteur der „klinisch-therapeutischen Wochenschrift". Vierte vermehrte und verbesserte Ausgabe. Würzburg 1908, A. Stuber's Verlag (C. Kabitzsch). kl. 8° 387 S. Preis geb. 2 Mark..

An die bisherigen, von uns stets lobend besprochenen Jahrgänge reiht sich die vorliegende 4. Ausgabe des Taschenbuches für das Jahr 1908 in würdiger Weise an. Das Büchlein bietet in seinem ersten Abschnitte auf 151 Seiten ein bequemes therapeutisches Vademecum, in welchem der Therapie der Krankheiten eine kurze, in Schlagworten gefasste Diagnostik vorausgeschickt ist. Es folgt dann eine Uebersicht der offizinellen und der wichtigeren nichtoffizinellen sowie der neueren Arzneimittel, ihrer Wirkung, Dosierung, Anwendung und Preise, ferner eine Reihe von Kapiteln über Nährmittel, erste Hülfe bei plötzlichen Erkrankungen und Vergiftungen, Säuglingsernährung (von Dr. Knöpfelmacher in Wien), therapeutische Technik, diätetische Küche und viele andere für den praktischen Arzt notwendige Auskünfte. In allen Kapiteln des Büchleins hat der Verfasser sich bemüht, den neuen Errungenschaften der Therapie Rechnung zu tragen. Es kann daher auch die vorliegende neue Ausgabe des Taschenbuches als ein brauchbares Nachschlagebuch und zuverlässiger Ratgeber dem praktischen Arzt empfohlen werden, zumal dasselbe wegen seines kleinen handlichen Formats zum bequemen Mittragen in der Tasche ganz geeignet ist. Bernhoff.

Mitteilungen aus der Gesellschaft praktischer Aerzte zu Riga.

Sitzung vom 31. Januar 1907.

Anwesend 35 Mitglieder, als Gäste Dr.Dr. Pacht, Pfeiffer und Maximowitsch.

Autoreferat der Demonstration am 31. Jan. 1907 von Dr. Leo Bornhaupt.

M. H. Gestatten Sie, dass ich Ihnen einen Patienten zeige, der sich am 3. November 1906 an mich gewandt hatte und über eine Geschwulst klagte, die am linken Oberkiefer längs den Zähnen sich entwickelt habe. Das Leiden bestand seit Ostern 1906 und konnte ich bei der Aufnahme einen harten Tumor konstatieren, der die Schleimhaut des harten Gaumen auf der linken Seite betraf und längs den Alveolarfortsätzen sich nach hinten bis ca. 1½ Ctm. vor dem weichen Gaumen erstreckte. Die Lymphdrüsen unter dem Unterkiefer waren auf beiden Seiten palpabel und fühlten sich hart an. Links war eine grössere Lymphdrüse zu fühlen. Ich habe den Patienten am 7. November 1906 operiert und habe ihm alle die Lymphdrüsen unter dem Unterkiefer und die linke Seite des Oberkiefers entfernt. Vor der Resektion des Oberkiefers habe ich ihm die linke carotis ext. unterbunden, so wie es Kocher vorschlägt, und bin damit sehr zufrieden gewesen, da die Blutung infolge dessen keine sehr beträchtliche und das Operieren dadurch wesentlich erleichtert war. Zu erwähnen wäre noch der Umstand, dass ich den Orbitalrand erhalten habe, wodurch ein besserer kosmetischer Erfolg gesichert ist, da das untere Augenlid nicht herabsinkt. Der Zahnarzt Benjamin Feldström hat dem Kranken eine Prothese angefertigt, die zur Deutlichkeit seiner Sprache ganz wesentlich beiträgt. Der Unterschied in der Sprache wird Ihnen sofort auffallen, wenn Sie den Patienten erst ohne und dann mit der Prothese sprechen hören. Der Patient ist am 16. Dezember 1906 als geheilt entlassen worden und hat bis jetzt kein Rezidiv. Ob er rezidivfrei bleiben wird, kann man jetzt natürlich noch nicht entscheiden.

Im Durchschnitt stellt es sich im Laufe von 3 Monaten ein; oft kehrt aber der Tumor auch nach Jahren wieder.

Die Statistiken, die in der neuen Ausgabe des Bergmann-Brun'schen Handbuches der praktischen Chirurgie gesammelt sind, weisen recht traurige Resultate nach Oberkieferresektionen auf:

Die Erlanger Statistik berichtet über 17 Fälle mit einer Dauerheilung. Aus Greifswald ist eine Statistik veröffentlicht von 17 Fällen mit keiner einzigen Dauerheilung.

Estlander berichtet über 12 Fälle mit 10 Rezidiven.

Martens über 74 Fälle mit 16 Dauerheilungen und 23 Todesfällen. Stein berichtet über 13 Fälle aus der Klinik von E. v. Bergmann, die in den Jahren 1890—1900 operiert worden waren und von denen keiner mehr am Leben ist, von denen sie Nachrichten erhalten haben.

Ferner erlaube ich mir, Ihnen einen Wurmfortsatz zu demonstrieren, den ich gestern bei einer Frühoperation exstirpiert habe. Es handelt sich um ein junges Mädchen von ca. 20—25 Jahren, das vor 5 Wochen die erste Attaque gehabt hatte, die 14 Tage dauerte.

Vorgestern um 9 Uhr morgens ist sie plötzlich mit heftigen Schmerzen in der Ileo-coecalgegend erkrankt, die Schmerzen hielten die ganze Nacht an, so dass sie nicht schlafen konnte. Gestern wurde sie ins Diakonissenhaus gebracht, wo ich sie in Anbetracht des bretthartem sehr stark druckempfindlichen Abdomens sofort operiert habe. Es ist eine Frühoperation, weil 2×24 Stunden nach dem Anfall noch nicht verstrichen waren. Ich fand in der Bauchhöhle einen fäculant riechenden Eiter, der die Darmschlingen in dem unteren Teil des Abdomens umspülte. Es bestanden keine Verbackungen, die den Eiter von der freien Bauchhöhle abgrenzten. Die Hauptmenge des Eiters befand sich im kleinen Becken zwischen dem Uterus und dem Rektum.

Der Wurmfortsatz wurde entfernt, war ca. 6 Ctm. lang, 1 Ctm. von der Basis des Wurmfortsatzes entfernt, befand sich eine narbige Striktur, die die Sonde nicht passieren liess, dicht über dieser Striktur sehen Sie ein stecknadelgrosses Loch, durch das sich der Inhalt der entzündeten Kuppe des Wurmfortsatzes in die Bauchhöhle ergossen hatte, denn die Kuppe war vollständig leer. Die Schleimhaut der Kuppe geschwellt und stark injiziert, die Wand beträchtlich verdickt. Es kommt bei uns noch immer sehr selten vor, dass eine Appendizitis in den ersten 2×24 Stunden in die Hände des Chirurgen gelangt. Eine wirkliche Frühoperation erlebe ich,

meines Wissens, zum ersten Mal; meist werden bedrohliche Erscheinungen abgewartet. Dieser Fall beweist, dass der 3. Tag zu einem erfolgreichen operativen Eingriff oft zu spät sein kann, denn diese Pat. hätte am 3. Tage eine allgemeine diffuse eitrige Peritonitis gehabt, die nach meiner Erfahrung trotz der Laparotomie und trotz des Spülens doch zum Tode führt. Auch in den ausländischen Statistiken ist es mir seiner Zeit aufgefallen, dass die Peritonitiden, die bis zum 3. Tage operiert werden, eine bessere Prognose haben, als diejenigen, die nach dem 3. Tage auf den Operationstisch gelangen. Gestützt auf diesen Fall muss ich daher dringend raten, solche stürmisch einsetzende Formen von Appendizitis womöglich am ersten Tage einem Chirurgen zu überweisen.

In der Diskussion: Als ich bei der gestrigen Operation die Peritonealhöhle eröffnet habe, so quoll mir flüssiger Eiter entgegen, der vor dem Netz in der freien Bauchhöhle herumschwamm, allerdings nur in der unteren Hälfte des Abdomens, die obere Hälfte war noch frei. Jedoch war dieser Eiter in keiner Weise durch die vorgelagerten Darmschlingen von der oberen Hälfte der Bauchhöhle abgeschlossen und hatte die Möglichkeit die Bauchhöhle auch weiter zu infizieren.

Dr. Paul Klemm stimmt mit Vortragenden in Betreff der Frühoperation voll überein, bei diffuser Peritonitis ist es ihm auch nie gelungen, Patienten zu retten, mit den hier geäusserten Erfahrungen stimmen die Statistiken von Krogius, Rehn und Lenander aber nicht überein, diese hervorragenden Autoren, deren Namen für ihre Statistiken bürgt haben Heilungen zu verzeichnen und zwar keine kleine Zahl. Er könne sich diesen Widerspruch nicht erklären.

Dr. von Bergmann meint, es liegt dieses in der nicht scharf gezogenen Grenze zwischen der allgemeinen und der zur Abkapselung tendierenden Peritonitis, sie sei auch schwer zu ziehen. Er erinnere sich an 2 zu gleicher Zeit beinahe operierten jungen kräftigen Patienten, bei dem einen mit günstigem Ausgang deckte sich der Befund mit dem von Dr. Bornhaupt, keine absperrenden Adhäsionen und doch Beschränkung auf Teile des Peritoneums; bei dem andern ganz wenig Eiter aber allgemein zwischen den Darmschlingen verteilt, er habe nach Rehn ausgedehnte Spülung gemacht und sei prompt der exitus erfolgt. Je weniger scharf die Stufen der Peritonitis auseinander gehalten werden, desto mehr verschöben sich die Zahlen in den Statistiken zu Gunsten der geheilten Fälle, so kämen seiner Meinung nach die Heilungen bei scheinbar allgemeiner Peritonitis zustande.

Dr. Klemm demonstriert an Zeichnungen den verschiedenen Sitz der Perforation und wie sich die Teile des Abdomens durch die Adhäsionen und Verwachsungen zu schützen bestreben, nun muss aber die Rehn'sche Spülung unter hohem Drucke diese leichten Adhäsionen sprengen ohne doch wie Rehn es angiebt und seine Statistik zeigt eine allgemeine Peritonitis zu machen — ein Fehler müsse demnach irgendwo stecken. Bei einigen von seinen Heilungen habe er übrigens später gesehen, dass es sich um grössere oder kleinere Abszesse gehandelt habe.

Dr. von Bergmann meint, der von Dr. Bornhaupt angeführte Fall würde draussen wol als allgemeine Peritonitis rubriziert werden. In diesen Statistiken würden dann mehr Todesfälle auf die Rubrik Abszess fallen. — Rehn spüle in der Tat gewaltsam, sein Wasserreservoir stehe eine Treppe höher als der Operationssaal und sprenge er nach eigenen Angaben alle Adhäsionen um den Eiter zwischen den Darmschlingen zu entfernen.

Dr. Bornhaupt: Es erheben sich schon viele Stimmen gegen das Spülen, er habe nach mechanischer Entfernung des Eiters nur Tamponade angewandt. Der Zeitpunkt der Operation spiele die Hauptrolle, beim Abwarten wäre allgemeine Peritonitis in seinem Falle eingetreten und am 4. Tage wäre die Operation wol zu spät gewesen.

Dr. P. Klemm scheidet die eitrige von der jauchigen Peritonitis. Durch die Frühoperation sei die Genese der Peritonitis erst klar geworden, er verweist in diesem Punkte auf seine Arbeit und seinen Vortrag im vorigen Semester.

Dr. von zur Mühlen hält seinen Vortrag über die operative Behandlung der Oberkieferhöhleneiterung (erscheint in d. Deutsch. Petersburger. Med. Zeitschrift).

Dr. v. Rimscha betont ebenfalls, dass die acuten Empyeme häufig spontan ausheilen und demnach einer chirurg. Behandlung nicht bedürfen. Schwer ist es aber festzustellen, wann ein acutes Empyem in ein chron. übergeht.

Empyeme, die Monate lang bestehen, können noch immer nach wenigen Ausspülungen heilen, so dass wir nicht berechtigt sind, solche Empyeme als chron. zu bezeichnen.

Was nun die chron. Empyeme anbetrifft, so müssen wir bemüht sein, auf ihre Entstehung einzugehen. Wenn auch die meisten Empyeme nach Infektionskrankheiten, besonders Influenza, auftreten, so ist doch für einen grossen Teil der Empyeme ein kariöser Zahn die Aetiologie. Um nun sicher festzustellen, ob etwa ein kranker Zahn resp. ein Wurzelrestchen das Empyem hervorgerufen haben könnte, schicke ich alle Patienten, wo nur der Verdacht einer Zahnerkrankung besteht, zuerst zum Zahnarzt. Es ist mir vorgekommen, dass scheinbar gesunde, schmerzlose Zähne sich als krank erwiesen. Die Empyeme, die vom Zahn ausgehen, sollen auch unbedingt von der Alveole aus behandelt werden, weil hier die Chancen für eine Ausheilung durch eine Ausbohrung von der Zahnalveole rel. gross sind. Dass die Ausbohrung stets ganz schmerzlos ist, kann ich nicht zugeben. Es kommen wohl Fälle vor, wo nach Extraction des Zahnes die Highmorshöhle bereits eröffnet ist oder wo es nur eine ganze dünne Knochenschicht zu durchbrechen gibt. In solchen Fällen ist die Operation natürlich schmerzlos. Falls man aber einen Kanal von 2—3 ctm. Länge durch den Kiefer bohren muss, um die Highmorshöhle zu eröffnen, dann ist der Eingriff nicht schmerzlos.

Leider sind wir nicht im Stande, von vornherein zu sagen, ob wir es mit einem hartnäckigen schweren oder einem gutartigen leichten Empyem zu tun haben. Fötider reichlicher Eiter ist kein Beweis für ein schweres Empyem. Ebenso wenig sind die Beschwerden der Patienten ausschlaggebend. Die chirurg. grösseren Eingriffe kommen daher meist dann in Frage, wenn uns die kleineren Eingriffe zur Ausheilung des Empyems im Stich lassen. Auf alle die verschiedenen Methoden kann ich natürlich nicht eingehen. Wenn ich nur die am meisten bewährte Methode nach Luc-Caldwell mit der nach Friedrich-Denker vergleiche, so bietet die letztere den grossen Vorzug der leichteren und übersichtlicheren Operation. Ich habe erst vor wenigen Tagen einmal nach der Friedrich-Denkerschen Methode operiert und kann daher über die Resultate noch nicht urteilen. Ich möchte nur anführen—ohne es der Methode zum Vorwurf zu machen—dass durch die Erhaltung der anderen Muschel einerseits in der hintersten Ecke der Highmorshöhle ein toter Punkt entsteht, andererseits hängt zuweilen die untere Muschel im vordersten Abschnitt, und auf den kommt es gerade an so tief herunter, dass sie die künstliche Oeffnung zur Highmorshöhle fast ganz verlegen kann. — Doch erst die Zukunft wird lehren, ob dadurch die Ausheilung behindert wird.—

Mir scheint wohl, dass für die schweren Fälle der Highmorshöhlen-empyeme die Friedrich-Denkersche Methode die Methode der Zukunft ist.

Dr. von zur Mühlen hebt Dr. R. gegenüber hervor, dass das Durchbohren der Alveole nach Cooper entschieden schmerzlos auszuführen sei, nach der richtigen Injection des Anästetikums empfinden die Patienten nur das Dröhnen des Motors als unangenehm, die Alveole wird wenn sie auch stark sein sollte, durch den Bohrer dabei spielend durchbohrt, eventl. Zahnreste dabei bestimmt und sicher entfernt.

Von der Entfernung der unteren Nasen-Muschel habe er stets abgesehen, er schreibe ihr zu wichtige physiologische Functionen zu.—Den Begriff der schwereren Fälle würde er jetzt weiter ausdehnen und auch die Indicationsstellung für die Operation nach Friedrichs; es fänden dabei wie der vorgestellte Patient zeigt keine Entstellungen statt, nicht einmal eine Einsenkung der operierten Seite und die Pat. könnten bald nach Hause entlassen werden. Das Stifttragen sei doch unangenehm, das Spülen lästig, auch nicht ästhetisch und die Heilung eine sehr langsame.

Dr. von Sengbusch,
d. Z. Sekretär.

Protokoll der VIII. Jahresgeneralversammlung

der Livländ. Abteilung des St. Petersb. ärztlichen Vereins zu gegenseitiger Hilfe am Sonnabend, den 18. August 1907 1/24 Uhr Nachmittags zu Dorpat im Saale der Grossen Gilde.

Die Versammlung wird vom Präses, Dr. med. H. Truhart eröffnet, welcher mitteilt, dass die erste, zum 11. August 1907, 7 Uhr Abends in der «Ressource» zu Dorpat angezeigte Generalversammlung wegen ungenügender Beteilung nicht zu Stande gekommen war, und konstatiert; dass die gegenwärtige ordnungsgemäss berufene zweite Generalversammlung laut § 24 der Statuten ohne Rücksicht auf die Zahl der erschienenen Mitglieder beschlussfähig ist.

Er erinnert an die schwere Erkrankung des I. Sekretärs Herrn Dr. med. Chr. Ströhmberg und proponirt in Anbetracht der Abwesenheit des Vizepräses, Herrn Prof. Kessler sowie auch des II. Sekretärs Herrn Dr. K. Pfaff, welche beide im Auslande weilen zum stellvertretenden Sekretär für die heutige Generalversammlung Herrn Dr. med. Th. Lackschewitz, womit sich die Versammlung einverstanden erklärt.

Vor der Tagesordnung fordert der Präses die Anwesenden auf, ihres verstorbenen Kollegen und Mitgliedes des Vereines, Dr. Wolfgang von Grot-Libau zu gedenken. Die Anwesenden ehren das Andenken des Verstorbenen durch Erheben von den Sitzen.

P. 1. Von einer Verlesung des Protokolles der VII. Jahresgeneralversammlung zu Wolmar sieht die Versammlung ab, da dasselbe in der St. Petersburger Medizinischen Wochenschrift veröffentlicht worden ist und ausserdem jedem einzelnen Mitgliede des Vereines seiner Zeit zugesandt worden ist.

P. 2. Der Kassaführer Dr. med. A. Lezius giebt den Kassenbericht für das verflossene Geschäftsjahr, d. h. für die Zeit vom 1. Juli 1906 bis zum 1. Juli 1907:

Einnahmen:

Jahresbeitrag der 187 Mitglieder	935	Rbl.	—	Kop.
Zum Besten des Notstandsfond	916	»	24	»
Vom Wertpapierdepot gehoben	500	»	—	»
Koupons und Zinsen	83	»	66	»
Saldo zum 1. Juli 1906	334	»	36	»
Summa	2769	Rbl.	26	Kop.

Ausgaben:

Der Unterstützungskasse überwiesen	500	Rbl.	—	Kop.
Dem Giro gutgebracht	747	»	66	»
Druckunkosten u. kleine Rechnungen	86	»	31	»
Gewährte Unterstützungen	280	»		»
Notstandsfond	950	»	24	»
Saldo zum 1 Juli 1907	205	»	05	»
Summa	2769	Rbl.	26	Kop.

Vermögensstand des Vereins am 1. Juli 1907:

Wertpapiere und 1 Wechsel	1500	Rbl.	—	Kop.
Giro	762	»	09	»
Saldo plus Notstandsfond	1155	»	29	»
Summa	3417	Rbl.	38	Kop.

P. 3. Das Glied der Revisionskommission Dr. J. Meyer-Dorpat verliest den Bericht genannter Kommission pro 1907, welcher folgenden Wortlaut hat: «Nachdem wir Endesunterzeichnete, als erwählte Kassarevidenten der Livländischen Abteilung des St. Petersburger ärztlichen Vereins zu gegenseitiger Hilfe am heutigen Tage die Einnahmen und Ausgaben, die Kasse, das Giro-Konto sowie auch den Vermögensstand geprüft haben, bestätigen wir hiermit, dass wir die Bücher, die Kasse, sowie den Vermögensstand in voller Ordnung gefunden haben.»

Dorpat, den 13. August 1907.

Dr. med. A. Hartge,
Dr. med. W. Kieseritzky,
Dr. med. Joh. Meyer.

P. 4. Der stellvertretende Sekretär verliest folgenden, vom abwesenden II. Sekretär D. K. Pfaff verfassten Rechenschaftsbericht über das verflossene Geschäftjahr.

Die Anzahl der Mitglieder betrug im verflossenen Jahre 187 gegen 191 im Jahre vorher. Ein Mitglied, Dr. Wolfgang von Grot-Libau hat den Verein durch den Tod verlassen. Ihren Austritt angemeldet haben 6 frühere Mitglieder, alle aus Mitau und zwar die Herren Dr. Fr. Bidder-Mitau, Dr. S. Claasen-Mitau, Dr. Paul Lieven-Mitau, und Dr. Hoheisel-Mitau. Als ausgetreten zu betrachten sind, weil sie ihren Mitgliedbeitrag nicht geleistet haben 21 Mitglieder. Neueingetreten sind 24 Mitglieder: Dr. R. von Grot-Mitau, Dr. Ohsoling-Windau, Dr. W. von Raison-Doblen, Dr. Vierhuff-Moskau, Dr. Smilga-Wenden, Dr. Meesis-Lubahn, Dr. Kauping-Sesswegen, Dr. Georg Engelmann-Riga, Dr. E. Masing-Dorpat, Dr. N. Reichard-Werro, Dr. E. von Vietinghoff-Pernau, Dr. E. Mickwitz-Zintenhof, Dr. E. Hasenjäger-Palla, Dr. A. Schneider-Trikaten, Dr. Walter Holst-Riga, Dr. L. Bornhaupt-Riga, Dr. K. Tantscher-Riga, Dr. Th. Boettcher-Riga, Dr. von Riemscha-Riga, Dr. von Sengbusch-Riga, Dr. W. Ruth-Riga, Dr. H. Goldberg-Talkhof, Dr. C. Bock-Bathen, und Dr. H. Stender-Libau.

Von diesen 187 Mitglieder sind in Livland auf dem flachen Lande und in den kleinen Städten — 103 wohnhaft, in Riga — 30, in Kurland — 45, in Estland 2 und im Inneren des Reiches — 7 Mitglieder.

Aus der Zahl der Vertrauensmänner des Vereines ist Dr. von Brackel-Mitau ausgeschieden und trat an seine Stelle Dr. von Osten-Sacken-Mitau und dann ist noch Dr. Biehler-Bauske fortgezogen, dessen Stelle eben noch vakant ist.

Im verflossenen Jahre ist der Vorstand 4 Mal (gegen 11 Mal im Jahre vorher) zu offiziellen Sitzungen zusammengetreten.

Aus der Kasse des Vereines wurde vom Vorstande der Doktorin Blau eine einmalige Unterstützung von 200 Rbl. bewilligt.

Anleihen sind im verflossenen Jahre bei der Vereinskasse nicht gemacht worden, nur hat der Vorstand eine früher gemachte Anleihe eines Mitgliedes im Betrage von 400 Rbl. auf 1 Jahr prolongiert.

Das Ehrengericht des Vereines hatte im verflossenen Jahre 2 Mal Veranlassung zusammenzutreten. In dem einen Falle handelte es sich um eine Klage eines Mitgliedes gegen ein anderes Mitglied auf Inkollegialität und konstatiert das Ehrengericht, dass tatsächlich eine Verletzung der Regeln der Kollegialität vorgelegen hatte. In dem zweiten Falle handelte es sich um eine Klage eines Mitgliedes gegen einen Kollegen der nicht Mitglied des Vereines war, sich jedoch der Jurisdiktion des Ehrengerichtes des Vereines unterwarf, weil letzterer gelegentlich einer Konsultation bei einem Patienten dem ersteren Beschuldigungen ausgesprochen und in Zeugengegenwart Behauptungen aufgestellt haben sollte, die geeignet waren das ärztliche Renommé des Klagenden zu untergraben. — Das Ehrengericht konstatierte, dass vom Beklagten am Krankenbette Aeusserungen gemacht worden waren, die als kränkende und beleidigende Kritik der Behandlung des Klagenden aufgefasst werden konnten, sowie auch die Stellung und Interessen des Klagenden schädigen konnten und sah in diesen Aeusserungen in ihrer Form und Fassung eine Verletzung der traditionellen Regeln und Gesetze der Kollegialität. — Eine mala fides verneinte das Ehrengericht unter dem durch das Verhör gewonnenen Eindrucke, dass der Beklagte sich die Tragweite seiner Aeusserungen nicht vergegenwärtigt hatte.

Der Vorstand wurde in 2 Fällen von Mitgliedern des Vereines um juristischen Beistand zur Erlangung rückständiger Honorare gebeten. Da es sich in beiden Fällen um eine einfache Beitreibung einer Schuld und nicht etwa um eine Verweigerung resp. Beanstandung der Höhe des Honorars handelte, so schlug er den Petenten vor, sich auf Kosten des Vereines an einen ortsansässigen Advokaten zu wenden. In dem einen Falle hat der Vorstand hierauf noch keine Antwort erhalten, in dem anderen jedoch wies das betreffende Mitglied den vom Vorstande vorgeschlagenen Modus als nicht richtig und der Würde des ärztlichen Standes nicht angemessen zurück, trotzdem von ihm in einem früheren Falle der gleiche Rat des Vorstandes unbeanstandet und mit gutem Erfolge befolgt war. Als darauf der Vorstand seinen Vorschlag mit ausführlicher Motivierung aufrecht erhielt, quittierte der Betreffende mit seiner Austrittserklärung.

Dieser Fall, und dazu noch der Umstand dass unmittelbar nachher 5 weitere Mitglieder aus derselben Stadt ihren Austritt aus dem Vereine anzeigten, gaben dem Vorstande Veranlassung die Generalversammlung um eine Direktive zu bitten, wie er sich in Zukunft zu den Gesuchen der Mitglieder um juristischen Beistand bei Honorarforderungen verhalten soll und wird darüber des Näheren im p. 5 der Tagesordnung die Rede sein.

In einem Falle wurde der Vorstand von einem Mitgliede wegen eines Erpressungsversuches von Seiten eines Patienten um juristischen Beistand ersucht und übergab er die Angelegenheit dem Juriskonsulten des Vereines, doch ist ihm zur Zeit über den Ausgang des Falles noch nichts bekannt.

In einem weiteren Falle wurde der Vorstand von einem Mitgliede in folgender Veranlassung um juristischen Beistand ersucht: der Betreffende war vom Gericht zu 5 Rbl. Strafe verurteilt worden, weil er einer Citation als Expert vor Gericht nicht Folge geleistet hatte. Er hatte jedoch die Annahme der Citation verweigert, weil auf der Adresse sein Vor- und Vatersname nicht angegeben waren und weil sie ausserdem «врачу» statt «доктору медицины» adressiert war. Ein späteres

Mal war ihm dieselbe Citation von einem Revieraufseher in Gegenwart eines Zeugen durch die Tür geworfen worden.

Nachdem der Vorstand sich aus allen auf diesen Fall bezüglichen Gesetzesparagraphen davon überzeugt hatte, dass das Gericht nicht verpflichtet ist auf der Citation die Titel der Experten, wol aber nur die der Parten anzugeben, musste er dem Petenten der absoluten Aussichtslosigkeit wegen von jedem Proteste gegen die Leistung der Strafzahlung abraten.

Endlich gelangte noch an den Vorstand ein Schreiben, das von den Dr. Dr. Lieven, Neuberg und Bertels-Riga im Auftrage unterschrieben war und die Mitteilung enthielt, dass auf einer Reihe von kollegialen Besprechungen in Riga die Frage der Gründung einer ärztlichen Standesvereinigung aufgeworfen worden wäre. Nachdem die Ziele und Zwecke dieses Vereines beschrieben, wurde an unsere Livländische Abteilung des St. Petersburger ärztlichen Vereines zu gegenseitiger Hilfe die Frage gestellt, ob es ihr möglich wäre, das Schwergewicht ihrer Tätigkeit auf die Behandlung ärztlicher Standesfrage zu verlegen, eventuelle Statutenveränderungen — womöglich im Laufe eines Monates — vorzunehmen und die Verwaltung nach Riga zu verlegen.

Der Vorstand antwortete hierauf, dass zur Erreichung der im betreffenden Schreiben gekennzeichneten Ziele eine Veränderung der Statuten nicht nötig wäre, dass die Wahl des Vorstandes und des Ortes seiner Tätigkeit von der Generalversammlung besorgt würden, und dass die Unterzeichner des Schreibens vom Vertrauensmanne des Vereines Herrn Dr. Bernsdorff-Riga alles Nähere erfahren könnten, da der Vorstand mit letzterem wiederholt mündlich und schriftlich über die angeregten Fragen verhandelt hätte.

Nachher ist in dieser Frage weder von den Unterzeichnern des Schreibens, noch auch von den Vertrauensmännern des Vereines mit dem Vorstande irgend eine Verhandlung geführt worden.

Wie alljährlich, so wurden auch dieses Mal die Mitglieder vom stellvertretenden Sekretär darauf aufmerksam gemacht, dass ihnen die Protokolle der Vorstandssitzungen auf Wunsch zur Einsicht ausliegen.

Hierauf erteilte die Generalversammlung dem Vorstande Décharge für das verflossene Geschäftsjahr.

P. 5. Die Generalversammlung beschliesst auf den Vorschlag des Präses hin in diesem Jahre ebenso wie es auch im Vorjahre geschah rund 500 Rbl. in die ärztliche Unterstützungskasse für Wittwen und Waisen abzuführen, statt der statutengemäss zu zahlenden 50 pCt. der jährlichen Reineinnahme, die für dieses Jahr ca. 483 Rbl. betragen würden.

Nachdem der Präses zu dem gleichzeitigen Austritt mehrerer in Mitau lebenden Mitglieder des Vereines nähere Erläuterung gegeben hat, bittet er die Generalversammlung im Namen des Vorstandes um eine Direktive, wie letztere sich in Zukunft zu den Gesuchen der Mitglieder um juristischen Beistand bei Honorarforderungen verhalten soll.

Der Vorstand hatte bis jetzt den Standpunkt vertreten, dass unser Verein kein Inkassoverein sei, durch dessen direkte Vermittelung sich ein jedes Mitglied seine ausstehenden Honorarzahlungen beitreiben lassen könnte, und hatte daher bei Gesuchen solcher Art die Beitreibung nicht dem Juriskonsulten unseres Vereines übergeben, sondern den Mitgliedern den Vorschlag gemacht, sich auf Kosten des Vereines an einen ortsansässigen Advokaten zu wenden. Abgesehen davon, dass nach Ansicht des Vorstandes eine Einkassierung von rückständigen Honoraren das Prestige des Vereines entschieden beeinträchtigen würde, so würde ausserdem noch eine solche Praxis allein schon durch die Reiseunkosten des Juriskonsulten die bescheidenen Mittel des Vereines bei Weitem übersteigen. — Ganz anders hat sich selbstverständlich der Vorstand zu den Fällen gestellt die ein prinzipielles Interesse hatten, bei denen etwa eine Rechtsverletzung, ein Kontraktbruch oder dergleichen vorlag. Handelte es sich also um die Verweigerung eines Honorares oder um eine Beanstandung der Höhe eines Honorares von Seiten des Patienten, so fühlte sich der Vorstand verpflichtet ex officio den Rechtsstandpunkt eines Mitgliedes in die eigene Hand zu nehmen resp. denselben auch durch seinen Juriskonsulten vertreten zu lassen.

Die Generalversammlung billigte diesen Standpunkt des Vorstandes einstimmig und ersuchte denselben sich auch in Zukunft bei den Gesuchen betreffend Honorarforderungen von den oben gekennzeichneten Gesichtspunkten leiten zu lassen.

Der Präses teilte mit, dass die Wittwe Doktorin B. deren Mann bekanntlich vor 1½ Jahren am Typhus gestorben war, sowol im vorigen Jahre als auch für dieses Jahr auf ihre dahin lautende Bitte eine Subvention von 200 Rbl. pro anno erhalten hat, und fragte im Namen des Vorstandes an, ob die Generalversammlung es wünsche, dass ihr auch nächstens auf ein eventuelles Gesuch hin eine solche Subvention vom Vorstande zugebilligt werden solle, indem er zugleich bemerkte, dass nach Ansicht des Vorstandes diese Summe die Unterstützungsfähigkeit des Vereins bei weitem übersteigt. Die Generalversammlung wies auf den Beschluss der vorigjährigen Generalversammlung hin, laut welchem in konkretem Falle von einer ständigen Unterstützung Abstand zu nehmen sei und überliess dem Vorstande die Entscheidung über Gesuche betreffend eine temporäre Unterstützung.

P. 6. Wahl der Revisionskommission. Es werden die bisherigen Revidenten Dr. Joh. Meyer, Dr. W. Kieseritzky und Dr. A. Hartge wiedergewählt.

An Stelle des früheren Vertrauensmannes des Vereines Dr. Biehler, der fortgezogen ist, wurde auf den Vorschlag des Vorstandes Dr. Teophil Kügler-Schönberg zum Vertrauensmanne für Bauske und Umgegend von der Generalversammlung gewählt.

Präses: Dr. med. H. Truhart.
Kassaführer: Dr. A. Lezius.
Stellvertr. Sekretär: Dr. Th. Lackschewitz.

Tagesnachrichten.

Personalia.

— Am 9. Dezember vollendeten sich 30 Jahre der wissenschaftlichen und pädagogischen Tätigkeit des Professors der Pathologie an der Kiewer Universität, wirkl. Staatsrats Dr. Wlad. Wyssokowitsch.

— Der ausserordentliche Professor der operativen Chirurgie in Charkow Dr. J. Penski ist auf den durch den Tod Prof. Ssokolows erledigten Lehrstuhl der chirurgischen Hospitalklinik übergeführt worden.

— Der Rektor der Helsingforser Universität, Staatsrat Hjelt, ist zum Senator und Gehülfen des Chefs der geistlichen Expedition des finnländischen Senats ernannt worden.

— Der Konsultant für innere Krankheiten am Warschauer Alexander-Marien-Institut Dr. Heinrich ist auf sein Gesuch mit Uniform verabschiedet worden.

— Als Kreisarzt des Windauschen Kreises (in Kurland) ist, an Stelle des verstorbenen Dr. F. Waldhauer, der dortige freipraktizierende Arzt Dr. J. Kiwitzky bestätigt worden.

— Der Professor der Chirurgie und Direktor der chirurgischen Klinik an der Universität Kiel, Geh. Medizinalrat Dr. Heinrich Helferich, hat krankheitshalber seinen Abschied genommen. Zu seinem Nachfolger ist, nachdem Prof. Dr. Lexer (Königsberg) abgelehnt hat, der Oberarzt der chirurgischen Universitätsklinik in Breslau, Prof. Dr. Willy Anschütz, berufen worden und hat den Ruf angenommen.

— Wie verlautet, beabsichtigt der Direktor des anatomischen Instituts in Freiburg i. Br. Dr. Wiedersheim von seinem Amte zurückzutreten, da ihm die geforderten Mittel zur Erweiterung des Anatomiegebäudes nicht bewilligt worden sind.

Von Universitäten und medizinischen Instituten.

— In der Verwaltung des Odessaer Lehrbezirks soll ein anonymes Schreiben eingelaufen sein, in welchem mitgeteilt wird, dass eine grosse Zahl freier Zuhörerinnen in die Odessaer Universität auf Grund gefälschter Zeugnisse aufgenommen worden seien. Auf der Dorpater und Kiewer Universität sind solche gefälschte Zeugnisse schon nachgewiesen worden. Vor kurzem wurde in einem Dorfe bei Warschau eine Fabrik von Schul- und Universitätszeugnissen entdeckt.

— Ein Ambulatorium für Sprachstörungen ist im Berliner klinischen Universitätsinstitut eingerichtet. Damit ist zum ersten Male in einer Universitätsanstalt eine Behandlungs- und Lehrstätte auf dem Gebiet der Sprachstörungen geschaffen worden. Ueber die grosse Verbreitung dieser Störungen und ihre soziale Bedeutung macht der Leiter des Ambulatoriums, Privatdozent Dr. H. Gutzmann,

folgende interessante Angaben: Unter der Schuljugend Deutschlands gibt es wenigstens 1 v. H. Stotterer, d. h. es befinden sich in den deutschen Schulen nicht weniger als 100,000 stotternde Kinder im Alter vom 6. bis zum 14. Jahre. Unter Hinzurechnung der anderen Sprachstörungen (Stammeln, Lispeln, Näseln u. s. w.) muss man etwa 200,000 sprachgestörte Schulkinder annehmen. Bei dem Heere werden alljährlich etwa 1000 Mann wegen Stotterns nicht eingestellt. Gutzmann betont mit Recht, dass die Gleichgültigkeit von Eltern und Erziehern gegen Sprachstörungen aufhören müsse, da die Berufswahl der sprachgestörten Kinder sowohl durch das Sprachübel selbst, wie durch die hierauf beruhende, minderwertige Schulausbildung erheblich erschwert wird. Das Ambulatorium dient in gleicher Weise der Behandlung von Sprachstörungen, wie der Ausbildung und dem Unterricht von Studierenden und Aerzten.

Standesangelegenheiten.

— Unter den Angeklagten im Prozess gegen die sozialdemokratische Fraktion der zweiten Reichsduma befand sich auch das Reichsdumamitglied Dr. A. J. Winogradow. Er wurde für schuldig befunden und in dem vom Senat am 1. Dezember gefällten Urteil zu vier Jahre Zwangsarbeit verurteilt.

— Der Landschaftsarzt Dr. Fürst Alexander Golyzin, welcher, wie wir seinerzeit berichteten, wegen einer regierungsfeindlichen Rede auf Anordnung des Ministers des Innern von dem Amte eines Vorsitzenden des Swenigorodschen Kreislandschaftsamtes entfernt wurde, ist jetzt wieder vom Moskauer Gouverneur als Landschaftsarzt der Swenigorodschen Landschaft bestätigt worden.

— Bestrafung einer Ankündigung von Entfettungstabletten in Berlin. Dr. M. und Sch. hatten, wie die «Pharm. Ztg.» berichtet, in Berliner Zeitungen Entfettungstabletten angekündigt und dabei angegeben, dass ohne Beschränkung der gewohnten Lebensweise durch die Entfettungstabletten in kurzer Zeit eine schnelle Gewichtsabnahme erzielt werde. Nach der Polizeiverordnung vom 30. Juni 1887 ist es jedoch verboten, solche Heilmittel anzupreisen, deren Verkauf beschränkt oder verboten ist. Dr. M. und Gen. bestritten, sich strafbar gemacht zu haben, da es sich nicht um ein Heilmittel, sondern um ein kosmetisches Mittel handle; Fettleibigkeit sei keine Krankheit, sondern ein Schönheitsfehler. Die Strafkammer liess diese Argumentation aber nicht gelten, sondern verurteilte Dr. M. und Sch. zu einer Geldstrafe, da eine Zuwiderhandlung gegen die erwähnte Polizeiverordnung vorliege. Die fraglichen Tabletten fielen unter No. 9 A der kaiserl. Verordnung vom 22. Oktober 1901 und dürften nur in Apotheken feilgehalten oder verkauft werden. Es handle sich mithin um ein Heilmittel, dessen Verkauf beschränkt sei. Setze sich Fett über das Normalmass an, so liege eine krankhafte Veränderung des menschlichen Körpers vor, welche als Krankheit anzusehen sei. Gegen diese Entscheidung legten Dr. M. und Sch. Revision ein. Das Kammergericht wies jedoch durch Entscheidung vom 3. Oktober d. J. die Revision der Angeklagten als unbegründet zurück, da die Vorentscheidung ohne Rechtsirrtum ergangen sei; die Angeklagten hätten die Absicht gehabt, eine Krankheit zu beseitigen.

— Frankfurt a. M. Wegen prahlerischer Anpreisung seiner Heilmethode wurde ein früherer Pfarrer vom hiesigen Schöffengericht zu 60 Mk. Geldstrafe verurteilt.

Wir wollen abwarten, ob die bei uns für die Inserate über Heilmittel neuerdings erlassene Verordnung ebenso streng gehandhabt werden wird, wie das in Berlin geschieht.

Verschiedene Mitteilungen.

— Eine Büste Prof. Ernst v. Bergmanns wurde in der letzten Sitzung der freien Vereinigung der Chirurgen Berlins in der chirurgischen Klinik, Ziegelstrasse, feierlich enthüllt. Die lebensgrosse, dunkle Bronzebüste ist ein Geschenk der ehemaligen Schüler des berühmten Chirurgen, von denen viele erschienen waren, die jetzt bereits eine hervorragende Stellung als Chirurgen an Universitäten und grossen Krankenhäusern einnehmen. Prof. Sonnenburg übergab die mit Lorbeer und Blumen umgebene Büste, welche neben der von Gräfe, Dieffenbach und Langenbeck zum bleibenden Gedächtnis an den berühmten Chirurgen und edlen Menschen im grossen Hörsaale der Klinik aufgestellt worden ist, dem gegenwärtigen Leiter der Klinik, Prof. Bier.

— Um das Andenken an den grossen russischen Chirurgen N. J. Pirogow in Moskau dauernd zu erhalten, hat die dortige Stadtvertretung jetzt gelegentlich seines 25. Todestages beschlossen, das I. Stadthospital «Pirogowhospital» zu benennen, die Zarizynstrasse in Moskau in «Pirogowstrasse» umzubenennen und eine Prämie auf den Namen Pirogows zu stiften.

— Der bekanntlich vom 19.—22. Dezember d. J. hier stattfindende VII. allrussische Chirurgenkongress wird seine Sitzungen an diesen Tagen von 10—1 vormittags und 2—5 Uhr nachmittags abhalten. Am 18. Dez. wird um 8 Uhr abends die Begrüssung der Mitglieder im Pirogow-Museum stattfinden. Das Bureau des Kongresses wird am 18. Dez. von 12—3 Uhr geöffnet sein. Vorsitzender des Organisationsbureaus ist Prof. Dr. S. P. Fedorow von der militär-medizinischen Akademie.

Bf.

— Die Gesamtzahl der Kranken in den Zivilhospitälern St. Petersburgs betrug am 1. Dez. d. J. 12611 (142 mehr als in der Vorwoche), darunter 840 Typhus — (14 wen.), 1057 Syphilis — (15 wen.), 355 Scharlach — (13 wen.), 271 Diphtherie — (12 mehr), 87 Masern — (20 mehr), und 15 Pockenkranke — (7 mehr als in der Vorw.).

— Die Gesamtzahl der Sterbefälle in St. Petersburg betrug in der Woche vom 25. Nov. bis 1. Dez. d. J. im ganzen 862 (472 M., 390 W.), darunter an folgenden Krankheiten:

Typhus exanth. 1, Typhus abdom. 16, Febris recurrens 4, Typhus ohne Bestimmung der Form 0, Pocken 1, Masern 23, Scharlach 24, Diphtherie 19, Croup 0, Keuchhusten 16, Kroupöse Lungenentzündung 32, Erysipelas 1, Grippe 3, Katarrhalische Lungenentzündung 79, Ruhr 0, Epidemische Meningitis 0, Akuter Gelenkrheumatismus 0, Parotitis epidemica 0, andre Krankheiten 263, Anthrax 0, Hydrophobie 0, Puerperalfieber 1, Pyämie und Septicaemie 18, Tuberkulose der Lungen 114, Tuberkulose anderer Organe 31, Alkoholismus und Delirium tremens 9, Lebensschwäche und Atrophia infantum 50, Marasmus senilis 34, Krankheiten des Verdauungskanals 123, Totgeborene 45.

✦ Nächste Sitzung des Vereins St. Petersb. Aerzte: Dienstag, d. 8. Jan. 1908.

(Jahressitzung).

Tagesordnung: Masing: Präsidialvortrag.
Jahresberichte der Sekretäre und des Kassierers.
Wahlen.

Diejenigen Mitglieder, die noch keinen Fragebogen für das biographische Album erhalten haben, werden ersucht, sich zur Erlangung eines solchen an den Präses zu wenden.

Entgegennahme der Mitgliedsbeiträge.

✦ Nächste Sitzung des Deutschen ärztlichen Vereins: Montag, d. 17. Dez. 1907.

Tagesordnung: 1) Albanus: Ein Fall von cystischer Degeneration der Organe.
2) Wladimiroff: Ophthalmoreaktion bei Malleus.

Im Deutschen Alexander-Hospital wird Nachweis erteilt über zur Zeit dienstfreie Pfleger und Pflegerinnen für die private Krankenpflege (gegen Zahlung von 50 Kop.)

Adressen von Krankenpflegerinnen:

Frl. Pauline Winkel, Конногвардейскій переулокъ 4, кв. 2.

Gertrud Genez, Казанская ул., д. 11, кв. 20.

Charlotte Holstein, Казанская ул., д. 11, кв. 20.

Herausgeber Dr. Rudolf Wanach. Buchdruckerei v. A. Wienecke Katharinenhofer Pr. № 15.

XXXII. JAHRGANG. ST. PETERSBURGER Neue Folge XXIV. Jahrg.

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Redaktion von

Prof. Dr. Karl Dehio. Dorpat. **Dr. Johannes Krannhals.** Riga.

Dr. Rudolf Wanach. St. Petersburg.

Die „St. Petersburger Medizinische Wochenschrift" erscheint jeden Sonnabend.—Der **Abonnementspreis** ist in **Russland** 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr inkl. Postzustellung; in den **anderen Ländern** 20 Mark jährlich, 10 Mark halbjährlich. Der **Insertionspreis** für die 3mal gespaltene Zeile in Petit ist 20 Kop. oder 45 Pfen.—Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt. —Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.

Abonnements-Aufträge sowie alle **Inserate** bittet man ausschliesslich an die Buchhandlung von **K. L. Ricker** in St. Petersburg, Newsky-Prospekt № 14, zu richten. — **Manuskripte** sowie alle auf die Redaktion bezüglichen Mitteilungen bittet man an den geschäftsführenden Redakteur Dr. **R. Wanach** in St. Petersburg, Petersb. Seite, Alexandrowski Pr. 6 zu richten. Sprechst. Dienstag, Donnerstag und Sonnabend 5—6.

№ 51 St. Petersburg, den 22. Dezember (4. Januar). **1907.**

Zur Aetiologie der Coxa vara.

Von

F. Weber.

Dozent der Chirurgie an der Militär.-mediz. Akademie zu St. Petersburg.

(Schluss.)

Es unterliegt keinem Zweifel, dass wir es hier mit einer subakuten Osteomyelitis des oberen Teils des Femurschaftes zu tun hatten. Die Verkürzung des Beines konnte durch die Verbiegung des Schenkelhalses, also eine Coxa vara, oder durch die Ablösung der Kopfepiphyse erklärt werden. Zu Gunsten der zweiten Vermutung sprach der akute Beginn der Krankheit und der Umstand, dass hinter dem Acetabulum ein knöcherner Vorsprung zu tasten war, der bei oberflächlicher Betrachtung für den nach oben verschobenen Schenkelhals gehalten werden konnte; wie es sich nachher herausstellte war der Knochenvorsprung die sehr stark nach oben und innen dislozierte Trochanterspitze. Für die Coxa vara sprach die Schmerzlosigkeit und die gut erhaltene Funktion des Gelenkes. Das Röntgenbild zeigte, dass wir es mit einer sehr gut ausgesprochenen Coxa vara zu tun haben. Der obere Teil des Femurschaftes ist stark verdickt, die Struktur der Spongiosa vollständig verschwommen (Folgen der Osteomyelitis). Der Schenkelhals und Schenkelkopf sind ganz unverändert; unter dem Trochanter major ist eine ganz deutliche Einknickung des Schenkelschaftes zu sehen; wobei also der Winkel zwischen Schenkelhals und Schaft bis 80° verkleinert erscheint. Diese Verkleinerung des Winkels ist dadurch zu Stande gekommen, dass der ganze Schenkelhals sich um seine sagittale Axe gedreht hat. Der Kopf hat sich dabei nach unten und etwas nach aussen disloziert, während die Trochanterspitze nach oben und innen verschoben wurde. Auf einem Röntgenbilde ist sogar eine deutlich hervortretende Frakturlinie zu sehen. Natürlich kann hier nur von einer pathologischen Fraktur nach einer osteomyelitischen Erweichung des Knochens die Rede sein.

In der Literatur sind eine ganze Reihe von Fällen erwähnt, wo die Tuberkulose des Schenkelhalses zur Coxa vara geführt hat. Hier handelt es sich nicht um schwere Formen der Coxitis, die mit einer vollständigen Zerstörung des Schenkelkopfes und des Acetabulum einhergehen und gewöhnlich zu starken Funktionsstörungen führen. Es sind meistens leichte Fälle, wo die tuberkulösen Herde in Form von einzelnen Granulationsnestern oder kleinen verkästen gut incapsu-

lierten Sequestern in irgend einem Teil des Schenkelhalses sich entwickeln. Wenn diese Nester ausserhalb der Gelenkkapsel sitzen, wird die Funktion sehr wenig gestört. Diese Fälle können bei einer rationellen konservativen Behandlung sehr bald geheilt werden. Wenn solche quasi geheilte Kranke zu früh auf die Beine gestellt werden, kann es sich sehr leicht ereignen, dass das von Anfang an gute funktionelle Resultat allmälig immer schlechter und schlechter wird. Das Bein, welches zuerst in einer leicht flektierten und adduzierten Stellung fixiert war, wird allmälig immer mehr adduziert und verkürzt. Diese funktionelle Verschlechterung der Coxitisfälle, die nicht genügend lange und rationell nachbehandelt wurden, wird von vielen Autoren hervorgehoben. Diese allmälig sich verstärkende Adduktion wurde früher durch die Kontraktion und die spätere nutritive Schrumpfung der Adduktorenmuskulatur erklärt. Erst in der letzten Zeit, wo sehr oft die Coxitiskranken einer mehrfachen Röntgenisation unterworfen wurden, stellte es sich heraus, dass die immer zunehmende Adduktion bedingt ist durch die allmälige Verbiegung des Schenkelhalses, wobei der Winkel zwischen dem Schenkelhals und dem Schenkelschaft immer kleiner wird.

Bei der tuberkulösen Erkrankung des Schenkelhalses geht eine ganze Reihe der Knochenbälkchen der Spongiosa zu Grunde; ausserdem ist es ja bekannt, dass in der nächsten Nachbarschaft eines tuberkulösen Herdes sich immer eine starke Knochenatrophie, eine Osteoporose entwickelt. Dank diesen zwei Umständen büsst der Schenkelhals sehr viel von seiner Festigkeit ein und wenn der Kranke anfängt zu früh sein krankes Bein zu belasten kann hier sehr leicht eine Schenkelhalsverbiegung im Sinne einer Coxa vara eintreten.

Ich möchte hier darauf hinweisen, dass die Natur eigentlich über Mittel verfügt, um die durch die Tuberkulose geschaffenen Defekte in der Spongiosa wieder gut zu machen; die zerstörten Knochenbälkchen werden durch neue ersetzt; um die erweichten Herde bildet sich eine Kapsel aus kompaktem Knochengewebe. Die Knochenatrophie in der Nähe eines tuberkulösen Herdes kann allmälig zurückgehen, wenn der Kranke anfängt vorsichtig sein Bein zu gebrauchen. Aber es vergeht viel Zeit bis sich die oben erwähnten reparativen Vorgänge vollständig ausgebildet haben; unterdessen ist es notwendig dass die kranke Extremität anfängt vorsichtig zu funktionieren, ohne dabei den Schenkelhals zu stark zu überlasten.

Dieses alles kann nur durch eine rationell durchgeführte orthopädische Therapie erreicht werden.

Zum Schluss möchte ich noch die Osteomalacie erwähnen, die die verschiedenartigsten Verbiegungen und unter anderen auch die Verbiegung des Schenkelhalses hervorrufen kann.

Während man früher unter dem klassischen Bilde der Osteomalacie ausschliesslich die puerperale Form beschrieb, die bei schlecht genährten entkräfteten Frauen, die viele Geburten durchgemacht haben, entstand, stellte es sich nach den Arbeiten von Hoennike, Hahn, Latzko, teilweise Hofmeier, heraus, dass eigentlich kein Grund vorhanden ist die Knochenerweichungen, die bei Kindern, alten Frauen und Männern beobachtet werden von den Knochenerweichungen bei der puerperalen Osteomalacie zu trennen.

Die Untersuchungen von Latzko, Gussmann und anderen zeigten, dass in den Gegenden, wo die typische Osteomalacie mit der stark ausgesprochenen Knochenerweichung endemisch auftritt, man auch sehr oft leichte Formen derselben Erkrankung mit weniger ausgesprochener Knochenerweichung findet.

Es ist anzunehmen, dass sowohl die schwere als auch die leichte Form desselben ätiologischen Ursprungs sind.

Wie bekannt tritt bei der Osteomalacie die Knochenerweichung am frühesten und am intensivsten an den Knochen des Beckens und der oberen Teile der Oberschenkel zu Tage; ausserdem ist nachgewiesen, dass der osteomalacische Prozess in einem jeden Moment zum Stillstand kommen kann.

Nach allem oben gesagten müssen wir zum Schluss kommen, dass eine Knochenerweichung osteomalacischen Charakters des Schenkelhalses existiert; solch eine Knochenerweichung kommt nicht nur bei Frauen, die geboren haben, sondern auch bei Mädchen, alten Frauen und bei Männern vor.

In der Literatur sind in der Tat einige Fälle von Coxa vara beschrieben, wo die mikroskopische Untersuchung des mittels der Resektion des Schenkelhalses gewonnenen Knochens ein Bild zeigte, das als charakteristisch für die Osteomalacie anzusehen ist. (Fälle von Kocher, Hofmeister).

Die Frage über die Aetiologie der Osteomalacie muss trotz vieler Arbeiten die diese Frage behandeln, bis jetzt als lange nicht vollständig geklärt angesehen werden. Ich kann mich hier natürlich nicht in die Kritik der vielen Theorien einlassen, die den Ursprung der Osteomalacie zu erklären versuchen, will nur hervorheben, dass im Grunde genommen keine von diesen Theorien eine befriedigende Antwort giebt auf die Frage: woher entsteht die Osteomalacie.

Vor zwei Jahren erschien eine Arbeit von Hoennike, die neues Licht auf die Aetiologie der Osteomalacie wirft. Hoennike kam auf Grund von sehr sorgfältigen Studien zu der Ueberzeugung, dass die Osteomalacie in denselben Gegenden endemisch ist, wo der Kropf endemisch vorkommt.

Von den 33 Fällen von typischer Osteomalacie, die er persönlich untersuchen konnte, fand er nur in 4 Fällen die Schilddrüse palpatorisch nicht verändert.

In der Literatur sind eine Reihe von Fällen beschrieben (Wulff, Latzko) wo bei der Sektion von osteomalacischen Kranken in der Schilddrüse mikroskopisch starke Veränderungen gefunden wurden.

Auf Grund dieser Fakta spricht Hoennicke ziemlich kategorisch die Vermutung aus, dass die osteomalacische Knochenerweichung durch irgend einen pathologischen Zustand der Schilddrüse hervorgerufen wird.

Es ist ja sowohl klinisch als auch experimentell nachgewiesen, dass die Veränderungen in der Funktion der Schilddrüse, die verschiedenartigsten Knochenveränderungen nach sich ziehen.

Hier kann ich mich nicht in Details einlassen, um den näheren Zusammenhang zwischen Schilddrüsenfunktion und Knochenernährung näher zu erklären. Die wahrscheinlichste ist mir die Erklärung, die Hoennike giebt; seiner Meinung nach stört die Erkrankung der Schilddrüse den Phosphorstoffwechsel; der erhöhte Phosphorverlust, der experimentell durch die Arbeiten von Ross und Scholz nachgewiesen ist, führt allmälig zur Osteomalacie.

Diese sogenannte thyriogene Theorie schliesst nicht vollständig aus sondern ergänzt vielmehr die Fehling'sche ovariogene Theorie der Osteomalacie, die bis jetzt die meisten Anhänger hatte. Die Schilddrüse und der Eierstock haben in ihrer inneren physiologischen Funktion sehr viel gleichartiges.

Im Frühling 1907 hatte ich Gelegenheit im Hospital Mariae Magdalenae einen sehr schweren Fall einer typischen puerperalen Osteomalacie zu beobachten.

Die Kranke starb bald nach dem Eintritt ins Hospital, so dass wir die Möglichkeit hatten eine genaue Sektion auszuführen und uns sehr hübsche Knochenpräparate zu verschaffen. Der Fall wird von Dr. Serobansky ausführlich im Journal Akuscherstwa beschrieben; ich will hier nur einige Punkte hervorheben, die Interesse für meine Arbeit haben.

Alle Knochen des Rumpfes und der Extremitäten waren vollständig weich und in den verschiedensten Richtungen verbogen; das Becken war typisch osteomalacisch. In allen Knochen war die kompakte Substanz vollständig geschwunden und die spongiöse ganz atrophisch; die Knochen waren so weich, dass sie sich wie Wachs schneiden liessen. Beide Schenkelhälse zeigen eine ausgesprochene Verbiegung im Sinne einer Coxa vara. Links ist diese Verbiegung stärker ausgesprochen; der Winkel zwischen dem Schenkelhals und dem Schenkelschaft ist ein spitzer, gleicht 60°; dabei berührt der Schenkelkopf fast den Trochanter minor.

Auf beiden Seiten ist nur eine Verbiegung des Kopfes nach unten, nicht nach hinten zu konstatieren; auch fehlt die Drehung des Schenkelhalses um seine Längsachse im Sinne Kocher's. Auf der Sägefläche des Knochens sieht man die vollständige Atrophie des kompakten Knochengewebes. Auf dem Röntgenbilde eines dünnen Knochenschnittes sieht man, dass die Knochenbälkchen der Spongiosa ganz dünn und atrophisch sind; von der planmässigen Konstruktion des normalen spongiösen Knochens ist hier keine Spur vorhanden.

Dr. Serobansky unterzog einer genauen mikroskopischen Untersuchung den Eierstock, die Lunge, die Leber und die Schilddrüse.

In den ersten Organen fand er nichts besonders charakteristisches; die Schilddrüse dagegen wies trotz ihres normalen makroskopischen Aussehens bei der mikroskopischen Untersuchung sehr ausgesprochene Veränderungen auf. Diese bestanden in einer starken kleinzelligen Infiltration des interlobulären Bindegewebes und in der Degeneration und stellenweise im vollständigen Schwund des Drüsengewebes.

Während in dem oben beschriebenen Falle es meiner Ansicht nach keinem Zweifel unterliegt, dass die Knochenerweichung überhaupt und speziell die beiderseitige Verbiegung des Schenkelhalses in einem kausalen Zusammenhange steht mit den stark ausgesprochenen entzündlichen Veränderungen der Schilddrüse, verfüge ich über noch einen Fall von Coxa vara, wo man nur mit einiger Reserve behaupten kann, dass ein pathologischer Zustand der Schilddrüse eine Erweichung des Schenkelhalses hervorgerufen hat.

Vor 6 Jahren hatte ich Gelegenheit in der privaten orthopaedischen Anstalt von Dr. Horn einen Kranken mit einer ausgesprochenen Coxa vara zu beobachten.

Der Kranke A. T. 16 Jahre alt, aus einer gesunden Familie, ohne Spuren von Rachitis. Als 12-jähriger Junge fing er an sehr voll zu werden; als er sein 16. Jahr erreicht hatte hat diese Fülle einen etwas unnormalen Charakter angenommen; der Hals und das Gesicht waren aufgedunsen.

Der Gang des Kranken war in den letzten Jahren schwerfällig geworden, das Spreizen der Beine war sehr schwach.

Nach dem Heben einer ziemlich schweren Last war eine akute Verschlimmerung im Zustande des Kranken eingetreten und er war nicht mehr im Stande vom Bette aufzustehen. Das Röntgenbild, das von Dr. Horn ausgeführt wurde, zeigte mit klarer Deutlichkeit, dass es sich hier um eine doppelseitige Coxa vara handelte, wobei auf der rechten Seite die Difformierung des Schenkelkopfes und Verbiegung des Schenkelhalses stärker ausgesprochen war als links.

Dr. Horn hielt diesen Fall für eine typische Coxa vara adolescentium, wo seiner Meinung nach der normale Schenkelhalsknochen unter der übermässigen Belastung des sehr vollen Oberkörpers nachgab.

Ich möchte hier hervorheben, dass schon damals die aufgedunsene Fülle auf mich einen etwas unnormalen Eindruck machte, und etwas an das Myxoedem erinnerte, das, wie bekannt, bei atrophischen Prozessen in der Schilddrüse entstehen kann.

Unter rationeller orthopaedischer Therapie gingen die Krankheitserscheinungen sehr bald zurück, der übermässige Fettansatz verschwand auch allmälig, so dass der Kranke sich jetzt eines ausgezeichneten Gesundheitszustandes erfreut. Bei der Untersuchung des Kranken, die ich vor Kurzem auszuführen Gelegenheit hatte, fand ich nur einen schwach ausgesprochenen beiderseitigen Trochanterhochstand und eine etwas verstärkte Aussenrotation der Oberschenkel; die Bewegungen in den Coxalgelenken waren vollständig frei. Interessant ist es, dass ich bei diesem Kranken trotz genauester Palpation des Halses, der jetzt eine ganz normale Dicke aufwies, keine Spuren einer Schilddrüse durchfühlen konnte.

Es ist nicht von der Hand zu weisen, dass wir es hier mit einer Schilddrüsenatrophie zu tun haben, die zu einer myxoedemähnlichen Verfettung und zur Knochenerweichung beider Schenkelhalse osteomalacischen Charakters geführt hat.

Zum Schluss der Arbeit resumierend erlaube ich mir Folgendes noch einmal hervorzuheben: Ich halte es für höchst unwahrscheinlich, dass eine übermässige Belastung genügt um eine Verbiegung eines normalen Schenkelhalses hervorzurufen. Von den pathologischen Prozessen, die allmälig zur Coxa vara führen können, möchte ich besonders hervorheben die Osteomalacie, die mit einer Schilddrüsenerkrankung einhergeht und von letzterer höchst wahrscheinlich ausgelöst wird.

Die Frage über den Zusammenhang zwischen der Schilddrüsenpathologie und osteomalacischer Knochenerweichung verdient eine ganz besondere Beachtung und Bearbeitung. Vielleicht werden wir auf diesem Gebiete neue Winke bekommen zur Erkenntniss der Aetiologie nicht nur der Coxa vara, sondern auch anderer schwerer Belastungsdifformitäten, bei denen eine Knochenerweichung anzunehmen ist — bei schweren Formen von Scoliosen, Genu valgum.

Wenn aber erst die Aetiologie dieser Difformitäten besser ausgearbeitet ist, werden auch unsere Resultate in der Vorbeugung und Behandlung dieser schweren Formen von Belastungsdifformitäten bessere werden.

Literaturverzeichniss.

1) Axhausen. Osteomalacie im Kindesalter v. Leuthold's Gedenkschrift. Bd. II. 1894.
2) Bähr. Archiv f. klin. Chir. Bd. 61. 2.
3) Becher. Berlin. klin. Wochenschr. 1901.
4) Bluhm. Arch. f. klin. Chir. Bd. 69.
5) Доббертъ. Журналъ Акушерства. 1898.
6) Froelich Zeitsch. f. orthop. Chir. Bd. XII.
7) Haedke. Zeitsch. f. Chir. Bd. 66.
8) Hoennicke. Wesen der Osteomalacie. Sammlung von Abhandlungen der Nerven- und Geisteskrankh. Bd. 5. H. 4, 5.
9) Hoffa. Zeitsch. f. orthop. Chir. Bd. XI.
10) Hofmeister. Beitr. z. klin. Chir. Bd. 21.
11) Joachimstal. Zeitsch. f. orthop. Chir. Bd. XII.
12) Kirmisson. Revue d. orthoped. 1894.
13) Kocher. Zeitsch. f. Chir. Bd. 38, 40, 42.
14) Kredel. Zeitsch. f. Chir. 1899.
15) Küster. Zentralbl. f. Chir. 1897.

16) Latzko. Monatssch. f. Geburtsh. 1895.
17) Lauenstein. Zentralbl. f. Chir. 1900.
18) Lauenstein. Arch. f. Chir. Bd. 40.
19) Leusser. Münch. Med. Woch. 1895.
20) Manz. Beiträge z. klin. Chir. Bd. 28.
21) Müller. Zeitsch. f. Chir. Bd. 42.
22) Oberst. Münch. Med. Woch. 1890.
23) Schultz. Zeitsch. f. orthop. Chir. Bd. 1.
24) Sudeck. Arch. f. klin. Chir. Bd. 59.
25) Турнеръ Русс. Врачъ. 1904. I.
26) J. Wolff. Das Gesetz der Transformation der Knochen. Berlin. 1892. Hirschwald.

Bücheranzeigen und Besprechungen.

Enzyklopädie der praktischen Medizin, herausgegeben von Dr. M. T. Schnirer und Prof. Dr. H. Vierordt unter Mitwirkung zahlreicher Mitarbeiter. Wien, 1907, Verlag von Alfred Hölder. III. Band, mit zahlreichen Abbildungen.

Von der trefflichen Enzyklopädie der praktischen Medizin, deren erste Bände wir in unserer Wochenschrift seinerzeit lobend besprochen haben, liegt nun der III. Band vollendet vor und ist auch bereits die erste Lieferung des IV. (Schluss-) Bandes erschienen, so dass der Abschluss des ganzen Werkes wohl um die Mitte des nächsten Jahres erwartet werden kann. In den zahlreichen theoretischen und praktischen Artikeln des vorliegenden Bandes sind wieder überall, wie man das von den als Fachgelehrte bekannten Mitarbeitern erwarten konnte, die neuesten Erfahrungen unserer Wissenschaft berücksichtigt worden. Um die Gründlichkeit der Arbeit in dieser Enzyklopädie zu illustrieren, wollen wir nur ein paar Artikel aus dem IV. Bande herausgreifen, ohne damit sagen zu wollen, dass nicht auch die übrigen Artikel die gleiche Genauigkeit und Sorgfalt seitens ihrer Bearbeiter erfahren haben. Gleich im I. Heft des Bandes bespricht in dem Artikel «Larynx» der bekannte Heidelberger Spezialist Prof. Dr. A. Jurasz auf nicht weniger als 55 Seiten in eingehender Weise die Anatomie, Physiologie und die Krankheiten des Kehlkopfs, sowie die Untersuchungsmethoden und die Therapie (einschliesslich der Operationen) bei Krankheiten dieses Organs. 76 in den Text eingestreute, sorgfältig ausgeführte Abbildungen tragen zum Verständnis desselben wesentlich bei. Dass auch die in neuerer Zeit zu hoher Blüte gelangte physikalische Therapie die nötige Berücksichtigung gefunden hat, beweist der reich illustrierte Artikel «Massage» aus der bewährten Feder des inzwischen verstorbenen Professors Zabludowski (Berlin), welcher auf 25 Seiten eine für den praktischen Arzt ausreichende Darstellung der Technik der Massage und ihrer Indikationen bietet. Ueberhaupt ist in dem Werke, so weit es bis jetzt erschienen, dem Bedürfnis der Praxis in erster Linie Rechnung getragen.

Es kann daher die neue Enzyklopädie dem praktischen Arzte als ein wertvolles Nachschlagewerk empfohlen werden, zumal der Preis mässig gestellt ist, um das Werk jedem praktischen Arzte zugänglich zu machen. Das Werk wird einen Umfang von nur 4 Bänden à 50 Druckbogen haben und die Ausgabe erfolgt in 20 Lieferungen à 10 Druckbogen zum Preise von 4 Mark 80 Pfg. pro Lieferung.

Bernhoff.

Mitteilungen
aus der Gesellschaft praktischer Aerzte zu Riga.

Sitzung vom 7. Febr. 1907.

Anwesend 40 Mitglieder; von Gästen Dr. Dr. Pacht, Pfeiffer. Das Protokoll der Sitzung vom 31. Jan. und 17. Jan. 1907, wird verlesen und angenommen.

Vor der Tagesordnung demonstriert Dr. von Krüdener einen Patienten, dem gegenüber ein Kurpfuscher sich anheischig gemacht hatte, ihn von der Wehrpflicht zu befreien. Er hat sein Wort gehalten, einfach dadurch, dass er ihm das rechte Auge ausgestochen. Die ziemlich dicke Nadel, mit welcher das Kunststück bewerkstelligt wurde, ist durch die Hornhaut gedrungen, hat die Iris breit durchlocht, die Linse durchschnitten und ausserdem subluxiert. Hierdurch hat sich ein Hydrophtalmus mit starkem Intercalarstaphylom gebildet, das Auge ist blind.

P. I. der Tagesordnung: Dr. von Sengbusch demonstriert einige Röntgenplatten. I. Schädelbild mit einem sehr grossen Fremdkörper im Gesichtsschädel, es hat sich um Explosion eines alten Hinterladers gehandelt. Patient 19-jährig aus Littauen gab nur an einen starken Rückstoss bekommen zu haben, vom Vorhandensein eines Fremdkörpers wusste er nichts. Ausgedehnte Narben an der Nase und zum Auge hin links, neben dem zertrümmerten Nasenbein eine bleistiftdicke Fistelöffnung, rechtes Auge beinahe erblindet. Eine hinter dem Leuchtschirme eingeführte Sonde stiess leicht auf den Fremdkörper und konnte er etwas hin und herbewegt werden. Die Operation von Dr. von Bergmann ausgeführt brachte ein 51,0 schweres Eisenstück zu Tage, das sich als die Schwanzschraube des Gewehres erwies. Patient geht es gut und bessert sich die Sehkraft.

II. 4 Platten mit verschluckten Münzen, 20 Kop. — 1 und 2 Kopekenstücke. Alle Münzen sitzen in der Höhe der Bifurkationsstelle und sämmtlich genau frontal, auch bei 2 in früheren Jahren beobachteten Fällen war der gleiche Befund erhoben. Interessant ist der eine Fall, da das 5-jährige Kind schon vor 6 Monaten im Juni die Münze verschluckt hatte laut genauen Angaben der Mutter, es ist beinahe die ganze Zeit wegen Husten in ärztlicher Behandlung gewesen aber erst Ende Dez. 1906 durch Zufall in's Röntgenkabinett gewiesen worden. Da ein ausgesprochener Stridor bestand, ausgedehnter Katarrh auf den Lungen und es bei der Unruhe des Kindes nicht gelang eine Sonde hinter dem Leuchtschirme einzuführen auch Wismuthpillen nicht geschluckt wurden, kam es leider in diesem Falle zur falschen Diagnose, in der Annahme, dass der Fremdkörper in der Trachea sass wurde das Kind tracheotomiert. — Niemals bestanden Schluckbeschwerden und ist das Kind einige Male ohne auf Hindernisse zu stossen sondiert worden. Bei der Röntgen-Aufnahme nach der Operation seitlich mit Kanüle erkennt man nun ganz deutlich die Lage, man sieht auch das Lumen des Oesophagus und wird von Dr. P. Klemm die Münze durch Oesophagotomie Mitte Januar entfernt. Dem Kinde geht es gut, die früheren Temperatursteigerungen und auch der Katarrh haben aufgehört.

Dr. P. Klemm betont im Anschluss an solche Fälle die Gefährlichkeit des Münzenfängers wegen seiner Starrheit und wegen der Unmöglichkeit falls er gefasst hat wieder von der Münze loszukommen, dann müsse gezogen werden, was für Verletzungen dabei entstehen, kann nicht beurteilt werden, er stehe schon lange so, dass er die Oesophagotomie in diesen Fällen mache.

Dr. von Bergmann schliesst sich dem an und meint die Versuche der Extraction dürfen nicht blind resp. im Dunkeln gemacht werden, bei Erwachsenen käme d. Extraktion unter Leitung des Auges mit Hülfe des Oesophagoskop in Betracht, ohne grosse Geschicklichkeit und Uebung gehe es auch nicht, bei Kindern sei es ja ausgeschlossen.

Dr. Voss meint, es seien doch schon vor der Röntgenzeit und auch vor Benutzung des Oesophagoskops vielfach Extraktionen gemacht worden und ihm seien sie auch stets ausgekommen und tritt er für Münzen- und Grätenfänger ein.

Dr. von Bergmann erwidert, dass es darauf ankomme, welcher Weg der sicherere wäre, die Zahl der zugrunde gegangenen Fälle bei Extraktionsversuchen im Dunkeln sei eine grosse.

Dr. von Sengbusch stellt ferner einen Patienten vor mit einem kolossalen Milztumor, es handelt sich um den unter N. V. in der Arbeit über Therapie mit Röntgenstrahlen bei der Leukämie von Dr. Gust. Kieseritzky beschriebenen Fall, der an einem Recidiv erkrankt sei; auffallend ist das frische, gesunde Aussehen des Patienten, der sich trotz des Milztumors sehr wohl befindet. Die Milz reicht nach rechts bis auf ein Fingerbreit an die Linie heran, die die Mamilla mit der art. femoralis verbindet nach unten 2½ Fingerbreit über der Symphyse, fühlt sich glatt, derb an und hat nach rechts scharfen Rand, Pat. ist jetzt 6 Mal à 15 Min. mit sehr harter Röhre bestrahlt und scheint der untere Teil ein wenig weicher geworden zu sein. Pat. soll nach einiger Zeit ev. noch einmal gezeigt werden.

P. II. der Tagesordnung: Dr. Stender über die klimatischen Verhältnisse Aegyptens: (erscheint im Druck).

Dr. Hampeln schliesst sich der Auffassung Dr. Stenders an, dass der günstige Einfluss des Aufenthalts in Ae-

Aegypten wesentlich dem Fortfalle der sogen. Erkältungskrankheiten, Rhinitiden, Laryngitiden und Bronchitiden zu verdanken sei. Es herrscht dort während der Wintersaison ein Klima wie bei uns im günstigsten Sommer. Dazu die Gleichmässigkeit der Witterung, starke Besonnung, alles Momente günstigster Art. Ob aber bei chronischen Nephritiden Dauererfolge erzielt würden, das sei eine andere zunächst wohl noch nicht im positiven Sinne entschiedene und auch schwer zu entscheidende Frage, da Genesungsfälle auch hier zu Lande nach urspünglich acuten, dann protrahierten Nephritiden beobachtet würden.

Dr. Voss erkundigt sich nach den Kosten in den Sanatorien.

Dr. Woloschinsky nach den Verbindungsangelegenheiten und den Heizungsanlagen.

Dr. Berthels hebt hervor, dass es nicht zulässig ist den Schluss zu ziehen, dass ein Patient, der hier zu Lande die Hitze nicht verträgt, auch in Aegypten sich nicht wohl fühlen wird; die Erfahrung lehrt, dass solche Menschen das Wüstenklima z. B. sehr gut vertragen, es ist die Trockenheit der Luft, das so günstige Moment auch für die Nervenkranken.

Dr. Büttner fragt ob es bekannt sei, ob aus Aegypten kryoskopische Untersuchungen des Blutes und des Harnes bei Nephritikern vorliegen? Die starke Transpiration der Nephritiker in Aegypten erklärt noch nicht ohne weiteres die günstigen Erfolge, da die Wasserabscheidung nicht die schwerste Arbeit, die die Nieren zu leisten haben darstellen dürfte, und die festen Stoffe werden bei der Transpiration nicht in demselben Verhältnisse entfernt, wie es der Fall ist bei der Harn-Abscheidung. Den Grund des günstigen Einflusses des aegyptischen Klimas auf die Nephritiker darf man vielleicht zum Teil in einer günstigen Beeinflussung der Haut suchen, wodurch dann indirekt ein günstiger Einfluss auf die Nieren erklärt werden könnte, da ja Wechselbeziehungen zwischen der Tätigkeit der Haut einerseits und der Tätigkeit der Nieren andererseits bestehen. Es wäre aber denkbar, dass dieser günstige Einfluss auf die Haut-Tätigkeit nicht gerade in der Transpiration hauptsächlich zum Ausdruck kommt, sondern dass hier eine günstige Beeinflussung der Hautorgane ganz im Allgemeinen vorliegt.

Dr. von Zur-Mühlen weist auf die Erfahrung im mandschurischen Kriege hin, wo die meisten, er persönlich in hohem Grade die starke Hitze bei Sonnenschein nicht vertragen haben, starke Abmagerung und hochgradige Anämie traten ein. Auch in Indien beobachte man die Anämie der Europäer, die die Regierung zwinge dieselben häufig zu beurlauben.

Dr. Mey weist bei der Kurortfrage für Nephritiker auf die grösste Schwierigkeit hin, welche die Indikationsstellung bereitet. Für welche Nephritisformen könne man einen Heilerfolg von einem Aufenthalte an einem der aegyptischen Kurorte erwarten? Nach seiner Ansicht dürfte die Albuminurie (statische, cyklische) und die Schwangerschaftsnephritis die hauptsächlichsten Indikationen abgeben. Für eine chronische Nephritis, welche die Zeichen des erhöhten Blutdruckes aufweist, kann man sich keinen Erfolg von einem Aufenhalt in Afrika versprechen und er würde derartige Fälle wenn sie sich auch im Anfangsstadium befinden nicht nach Aegypten dirigieren, im Gegensatze zur Auffassung des Vortragenden.

Daraufhin erwidert Dr. Stender, er habe als Indikationen hingestellt: I. acute Nephritiden und II. beginnende chron. Nephritiden, also diejenigen Albuminurien, zu denen sich nach längerem Bestehen eine Erhöhung des Blutdruckes gesellt die sonst die Befürchtung wachrufen, dass sie im Laufe der kommenden Monate das vollentwickelte Bild der chronischen Nephritis darstellen werden.

Dr. Stender: (Autoreferat). Was die Frage anbetrifft, die Dr. Schabert aufgeworfen, ob es zweckmässig wäre hier an Ort und Stelle Sanatorien z. B. für Lungenkranke zu gründen, eine Frage, die seit Jahren im Mittelpunkte der medizinischen Discussion steht, so kann Redner sie nur dahin beantworten, dass die Gefahren des nordischen Klimas auch im besteingerichteten Sanatorium nie und nimmer ausgeschaltet werden können. Es ist dies ein Moment, das stets und in erhöhtem Masse in den Kreis der Erwägungen gezogen werden sollte. Auch die ausgedehnte Heilstättenbewegung. die vorzüglich in Deutschland enorme Opfer fordert, allerdings auch schöne Resultate gezeitigt hat, hat ihre Gegner und zwar aus dem naheliegenden Grunde, der darin gipfelt, dass wir den Kranken bei allen Vorzügen einer rationellen Therapie und Hygiene doch nicht die Vorteile eines Hochgebirges — resp. eines südlichen Klimas bieten können. Unwillkürlich drängt sich die Frage auf, ob es nicht rationeller wäre, alle zur Verfügung stehenden Mittel dahin zu konzentrieren, dass wir dem Kranken die Möglichkeit bieten, seine Kur unter geeigneteren klimatischen Verhältnissen zu beginnen. Das letzte Wort in dieser so wichtigen Frage ist noch nicht gesprochen worden, doch er setze voraus, dass in absehbarer Zeit gewichtige Stimmen der modernen Heilstättenbewegung, wenigstens was den Norden Europas anbetrifft, ein warnendes Halt entgegenrufen werden.

Ein wesentlicher Faktor des ägyptischen Klimas besteht in dem geringen Feuchtigkeitsgehalt der Luft. Diese Trockenheit der Luft ist auch daran erkennbar, dass trotz reichlicher Flüssigkeitsaufnahme die Urinsekretion an wärmeren Tagen auf ein Minimum herabgeht. Weiter ist die Bewegungsmöglichkeit infolge der leichten Verdunstungsverhältnisse der Haut keineswegs beschränkt. Zu einer stärkeren Schweisssekretion kommt es in den Wintermonaten selten, erst vom Mai ab bei erheblicheren Hitzegraden kommt es zu reichlicher Schweissproduktion. Redner betont, dass seiner Erfahrung nach die Sommermonate Aegypten von den Patienten schlecht vertragen werden. Die Kranken werden anämisch und leiden subjektiv sehr unter der Hitze.

Die Unkosten für einen halbjährlichen Aufenthalt in Aegypten, Nov. bis Ende April,— sind von Kirchner auf 3600—4000 M. veranschlagt worden. Das Sanatorium «Al Hayat» in Helouan ist kostspieliger als die übrigen Hotels und Pensionen und fordert ca. 10 Rbl. täglich. Der Aufenthalt in Oberägypten, speciell in Assuan, der für die Monate Dezember, Januar und Februar in Frage kommt, ist von vornherein in pecuniärer Beziehung höher zu veranschlagen.

Die Beheizungsfrage spielt in Aegypten eine untergeordnete Rolle. Das Sanatorium in Helouan besitzt Zentralheizung. Für Oberägypten kämen Heizapparate überhaupt nicht in Frage. während man sich für den Fall eines dauernden Aufenthaltes in Helouan eines Südzimmers versichern mag.

Die Verbindung zwischen Unter- und Oberägypten wird sowohl durch eine direkte Eisenbahn als auch durch Dampfschiffe auf dem Nil aufrecht erhalten. Für Kranke ist das erstere Verkehrsmittel das empfehlenswerteste.

Die Anfragen Dr. Büttners, ob in Aegypten Erfahrungen darüber gesammelt seien, wie das Hautorgan, was die Entlastung der Nieren durch den Schweiss anbetrifft, sich bezüglich der harnfähigen Stoffe, speziell der Harnsäure, des Harnstoffs und des Chloraatr. verhalte, beantwortet Redner dahin, dass in Aegypten speziell keine Untersuchungen darüber angestellt seien, doch lägen Untersuchungen über diese Frage aus verschiedenen Kliniken unter anderem aus der Koranyischen Klinik in Budapest vor, die klar dartun, dass sowohl der leichtlösliche Harnstoff als auch Chlornatr. in nicht geringen Mengen im Schweisse auftreten können. Ob man daraufhin die Berechtigung habe, von einer «vikariirenden» Tätigkeit der Haut sprechen zu können, sei eine andere Frage. Auf jeden Fall habe dieser Umstand in therapeutischer Beziehung keine ausschlaggebende Bedeutung, zumal die eigentlichen Extraktivstoffe sich im Schweiss nicht wiederfinden.

Dr. von Sengbusch,
Z. Sekretär.

Zuschrift an die Redaktion.

Wir erhalten folgende Zuschrift:

Hochgeehrter Herr Kollege!

Da ich das Opfer eines Reklamehelden geworden, ersuche ich Sie höflichst zur Warnung für die Herren Kollegen folgende Zeilen in der St. Petersburger mediz. Wochenschrift aufnehmen zu wollen:

Im Jahre 1906 bat mich einer meiner Patienten, dem das Schreiben infolge seines Alters und seiner Krankheit äusserst beschwerlich fiel, dem sogenannten Kur-Institut «Spiro spero» (Paul Weidhaus) Kötzschenbroda, von welchem er die Reklameankündigungen in der Tagespresse gelesen, zu schreiben und um Mitteilung über die Kurmethode zu ersuchen. Diese meine Briefe:

I. «Einer meiner Patienten, der an einer starken Lungenerweiterung mit einer schweren chron. Bronchitis leidet und bei dem jegliche Therapie erfolglos geblieben, hat von Ihrer Behandlungsweise gehört und bittet mich, Sie zu ersuchen, näheres über Ihre Methode mitzuteilen».

II. «Den Wunsch des wirklichen russischen Staatsrats, Herrn von Goebel, Riga, Russland, Thronfolger-Boul. erfüllend, übersende Ihnen hiermit den ausgefüllten Fragebogen mit der Bitte, ihm die Kur mitzuteilen, da er sich wohl kaum ins Ausland begeben dürfte; eine Reise wäre ihm zu

beschwerlich; auch würde er sich schwerlich von seinen Räumen trennen wollen», benutzt nun jener Herr Paul Weidhaus zu Reklamezwecken für seine angeblichen Erfolge wie zu lesen im beifolgenden *) «weitere Erfolge der Weidhaus'schen Kurmethode».

Damit der Herr Paul Weidhaus unseren Standpunkt inbetreff der Reklame-Schwindelei kennen lernt, ersuche ich Sie höflichst mir ein Exemplar der Nummer, in dem dieses mein Schreiben zum Abdruck gelangt, zusenden zu wollen, welches ich dem betreffenden Herrn mit einem Liebesbrief zuschicken will.

Mit dem Ausdrucke vorzüglichster kolleg. Hochachtung
M. Kikuth.

Riga, den 16. Dezember 1907.

*) Das Reklamenblatt liegt der Redaktion vor.

Tagesnachrichten.

Nekrologe.

— Verstorben sind: 1) Am 17. November in Isjum (Gouv. Charkow) Staatsrat Dr. Johann Mahit im Alter von 73 Jahren. Der Verstorbene, welcher die Venia practicandi i. J. 1863 erlangt hatte, lebte in der letzten Zeit als freipraktizierender Arzt in Riga. 2) In St. Petersburg am 29. November der Arzt bei der Zentralverwaltung der Reichskontrolle, wirkl. Staatsrat Dr. Leonhard Zyrski, im Alter von nahezu 80 Jahren. Die ärztliche Tätigkeit hat der Hingeschiedene fast 52 Jahre hindurch ausgeübt. 3) In Nishni-Nowgorod Dr. Wassili Medowtschikow, der früher lange Jahre Arzt in Arsamas (Gouv. Nishni-Nowg.) war, im 81. Lebensjahre. Den Arztgrad hatte er vor nunmehr 57 Jahren erlangt. 4) Am 8./21. Dezember zu Berlin der berühmte Dermatologe Professor Dr. Oskar Lassar im fast vollendeten 59. Lebensjahre. Er hatte 10 Tage früher beim Zusammenstoss seines Gespanns mit einem Automobil Kontusionen an einigen Rippen und eine stark blutende Wunde am Hinterkopf erlitten, die anfänglich harmlos erschienen, aber nach einigen Tagen doch eine Blutvergiftung zur Folge hatten. Prof. Lassar gehörte zu den markantesten und liebenswürdigsten Persönlichkeiten des gelehrten Berlins. Er war ein moderner Gelehrter, der nicht in seiner Berufsbeschäftigung aufging, sondern mitten im vollen Leben stand und sich auch als Staatsbürger und Mensch eifrig betätigte. Nicht nur als Arzt, Forscher und Lehrer hat er seinen Namen zu Ruf und Ehre gebracht, sondern auch als Sozialhygieniker und als Politiker (er war Vorsitzender des nationalliberalen Vereins von Berlin) hat er sich hervorragende Verdienste erworben.

Zu Hamburg geboren, hatte Lassar nach dem Studium auf verschiedenen deutschen Universitäten und 1872 in Würzburg den Doktorgrad erworben, worauf er sich mit physiologischen, pathologisch-anatomischen und namentlich histologischen Arbeiten beschäftigte. Nachdem er dann in Wien unter Hebra dem Studium der Hautkrankheiten sich gewidmet, liess er sich 1878 als Spezialarzt für Hautkrankheiten in Berlin nieder und wurde 1880 der erste Privatdozent für dieses Gebiet an der Berliner Universität. Sehr bald gelangte er als Dermatologe zu internationalem Rufe und obwohl nur Titularprofessor, hatte er in Berlin und Deutschland überhaupt wohl die grösste Praxis auf diesem Gebiete, so dass seine Privatklinik im Jahre wohl von mehr als 10,000 Kranken aufgesucht wurde, zu denen auch viele Fürstlichkeiten gehörten. Die Dermatologie verdankt ihm viele neue Wege und die Beseitigung alter Vorurteile und veralteter Methoden, ja er war es, der sie zu einer Sonderwissenschaft gemacht hat und sie von dem Pfuschertum befreite. Zugleich hat er als Lehrer eine grosse Zahl jetzt ebenfalls berühmter Dermatologen in seiner Lehranstalt herangebildet. Zahlreich sind seine literarischen Beiträge zur Lehre von den Hautkrankheiten; er betätigte sich auch als Redakteur in der von ihm begründeten «Dermatologischen Zeitschrift».

Standesangelegenheiten.

— Bei den am 1. Dezember in Irkutsk stattgehabten Wahlen in die Reichsduma sind drei Aerzte zu Deputierten gewählt worden, und zwar die freipraktizierenden Aerzte Paul Fedorow und Sachar Franck-Kamenezki sowie der Divisionsarzt der ostsibirischen Schützendivision Dr. Witold Schestakowitsch, welche alle drei der Kadettenpartei angehören. Es ist somit die Zahl der Aerzte in der Reichsduma auf 25 angewachsen.

— Der hiesige Arzt Dr. Dubrowin, der bekanntlich Redakteur der Zeitung «Russkoje Snamja» ist, wurde am 15. Dezember vom hiesigen Bezirksgericht wegen einer in der genannten Zeitung erschienenen Korrespondenz, in der mitgeteilt war, dass der lokale jüdische Selbstschutz sich nicht nur der Sympathie der Kreatur Wittes, des Stadthauptmanns Grigorjew, sondern auch dessen Unterstützung sich erfreut, — zu einer Pön von 25 Rbl. resp. 5 Tagen Arrest verurteilt.

— Der freipraktizierende Arzt Dr. Isaak Daum in Starachowice (Gouv. Radom) ist auf 3 Jahre ins Ausland ausgewiesen worden.

— Der Ssrmysche Landschaftsarzt Dr. Scheboldajew, welcher auf Anordnung des Generalgouverneurs verabschiedet wurde, ist, obschon der Generalgouverneur nach genauerer Untersuchung der Angelegenheit seine Verfügung zurücknahm, von der Landschaft nicht wieder in den Dienst gestellt worden, ungeachtet dessen, dass er 33 Jahre in dieser Landschaft gedient hat.

— In Sserpuchow (Gouv. Moskau) ist am 20. November eine medizinische Gesellschaft ins Leben getreten. (R. Wr.). Diese Stadt zählt ca. 25,000 Einwohner und hat nach dem Verzeichnis des med. Kalenders 13 Aerzte.

Bf.

— Die Gesamtzahl der Kranken in den Zivilhospitälern St. Petersburgs betrug am 8. Dez. d. J. 12619 (8 mehr als in der Vorwoche), darunter 904 Typhus — (69 mehr), 1061 Syphilis — (4 mehr), 325 Scharlach — (30 wen.), 149 Diphtherie — (13 mehr), 92 Masern — (5 mehr), und 13 Pockenkranke — (2 wen. als in der Vorw.)

— Die Gesamtzahl der Sterbefälle in St. Petersburg betrug in der Woche vom 2. bis zum 8. Dez. d. J. im ganzen 962 (542 M., 420 W.), darunter an folgenden Krankheiten:

Typhus exanth. 0, Typhus abdom. 11, Febris recurrens 6, Typhus ohne Bestimmung der Form 1, Pocken 6, Masern 25, Scharlach 16, Diphtherie 21, Croup 0, Keuchhusten 15, Kroupöse Lungenentzündung 23, Erysipelas 4, Grippe 12, Katarrhalische Lungenentzündung 94, Ruhr 0, Epidemische Meningitis 0, Akuter Gelenkrheumatismus 0, Parotitis epidemica 0, andre Krankheiten 309, Anthrax 0, Hydrophobie 0, Puerperalfieber 3, Pyämie und Septicaemie 9, Tuberkulose der Lungen 119, Tuberkulose anderer Organe 34, Alkoholismus und Delirium tremens 8, Lebensschwäche und Atrophia infantum 81, Marasmus senilis 24, Krankheiten des Verdauungskanals 141, Totgeborene 51.

✦ Nächste Sitzung des Vereins St. Petersb. Aerzte: Dienstag, d. 8. Jan. 1908.

(Jahressitzung).

Tagesordnung: Masing: Präsidialvortrag.
Jahresberichte der Sekretäre und des Kassierers.
Wahlen.

Diejenigen Mitglieder, die noch keinen Fragebogen für das biographische Album erhalten haben, werden ersucht, sich zur Erlangung eines solchen an den Präses zu wenden.

Entgegennahme der Mitgliedsbeiträge.

✦ Nächste Sitzung des Deutschen ärztlichen Vereins: Montag, d. 14. Jan. 1908.

Tagesordnung: Westphalen: Ueber die Dauerresultate der Therapie des Ulcus ventriculi.

Forman

Der Chlormethylmenthyläther ($C_{10}H_{19}OCH_2Cl$), für den wir die kurze Bezeichnung

FORMAN

gewählt haben, zeigt nach mehrjährigen Versuchen, die von verschiedenen bedeutenden Klinikern angestellt worden sind, gegen Schnupfen ganz ausgezeichnete Wirkung. So wurden in verschiedenen Fällen leichte Schnupfenattacken binnen 24 Stunden vollständig beseitigt und weiter vorgeschrittener Schnupfen in seiner Dauer wesentlich abgekürzt. Katarrhalische Affektionen des Nasenrachenraumes wurden in günstigster Weise beeinflusst und besonders ungestörte Nachtruhe erzielt, akute Bronchitis in verschiedenen Fällen gebessert.

Auf der 73. Versammlung Deutscher Naturforscher und Aerzte in Hamburg wurde über Forman eingehend referiert. Das Forman spaltet sich in Berührung mit feuchter Luft oder rascher mit warmen Wasser in seine Komponenten, Menthol, Formaldehyd und Salzsäure. Die beiden erstgenannten Stoffe verflüchtigen sich in statu nascendi mit den Wasserdämpfen und gelangen so in die Luftwege, während die minimale Spur von Salzsäure durch die stets vorhandene Feuchtigkeit absorbiert und unschädlich gemacht wird. Vortragender verlangt von einem Schnupfenmittel, dass es gasförmig, reizlos und leicht dosierbar sei, sowie in bequem anzuwendender Form zur Darreichung gelange. Diesen Anforderungen entspricht das Forman vollkommen, und der Referent hält dasselbe für ein geradezu ideales Schnupfenmittel.

Der Effekt desselben tritt um so prompter ein, je früher das Mitel angewandt wird, d. h. bei den ersten Zeicheu des beginnenden Schnupfen. Es besitzt als koupierendes und bei Influenza und Heufieber-Zeiten auch als vorbeugendes Mittel ganz hervorragende Bedeutung. Das Forman unterdrückt und mildert nicht nur die Coryza, sondern erleichtert auch bei Nasen-, Rachen- uud Kehlkopf-Katarrhen, sowie bei gewissen Bronchitiden die Beschwerden ausserordentlich.

Mit Forman getränkte Watte wird als Schnupfenwatte in den Handel gebracht und ist sehr einfach anzuwenden. Sie wird, zu kleinen Kügelchen geballt, in die vordere Nasenhöhlung eingeführt. Die sich entwickelnden Dämpfe bestreichen beim Atmen die entzündeten Teile des Nasenrachenraumes und wirken sofort lindernd und befreiend. Man wiederholt die Einführung der Watte nach Bedarf stündlich oder ½-stündlich, bei weniger schweren Fällen nur 2—3 mal am Tage. Bei rechtzeitiger Anwendung ist der Erfolg prompt und sicher.

Preis pro Dose Formanwatte in den Apotheken 25 Kop.

Probemengen und Literatur bereitwilligst kostenfrei.

Dresdener Chemisches Laboratorium Lingner,
Dresden.

Chemische Fabrik auf Aktien
(vorm. E. Schering) Berlin
empfiehlt

SUBLAMIN SCHERING

(Hervorragender Ersatz für Sublimat).

Ausgezeichnet durch grosse Reizlosigkeit. Tiefenwirkung und leichte Löslichkeit. Weniger toxisch als Sublimat.

Tabletten à 1 Gramm

GLUTOL SCHERING

nach Prof. Dr. Schleich
(Hervorragendes Wundheilmittel).

Literatur gratis zur Verfügung. (74) 0—7.

General-Vertrieb: Agences du Laboratoire des Vaccins Pasteur Paris, Warschau und Moskau.
Briefadressen: Agence du Laboratoire des Vaccins Pasteur Paris, Warschau. Agence du Laboratoire des Vaccins Pasteur Paris, Moskau.
Telegrammadressen: Pasteur, Warschau und Pasteur, Moskau.

Winterkur für Lungenkranke
Görbersdorf i. Schl. (560 m.)
◆ Dr. Römpler's Sanatorium ◆
in herrlicher Gebirgslage mit grossem Park, Vollkommene Hygiene — modernste Einrichtungen.
(73) 13—10.

Scharlach-Serum
innerlich zu reichen.
„Scarlatin Marpmann" Nr. 1 zur Vorbeugung
„ Nr. 2 zur Heilung
zu Rbl. 2.50 Kop. pro Flasche ist in den Apotheken zu haben.
Niederlage für St. Petersburg bei *K. A. Krentzien*,
Sergiewskaja, 3. Telephon Nr. 53-30.
Hauptniederlage beim Generalvertreter für Russland:
K. A. Jung, Moskau, Sadowniki, Haus Priwalow.

Im Deutschen Alexander-Hospital wird Nachweis erteilt über zur Zeit dienstfreie Pfleger und Pflegerinnen für die private Krankenpflege (gegen Zahlung von 50 Kop.)

Adressen von Krankenpflegerinnen:

Frl. Pauline Winkel, Конногвардейскій переулокъ 4, кв. 2.

Gertrud Gensz, Казанская ул., д. 11, кв. 20.

Charlotte Holstein, Казанская ул., д. 11, кв. 20.



Девятнадцатый годъ изданія.

„Медицинскій Календарь“

на 1908 годъ.

Подъ редакціей прив.-доц. М. Б. БЛЮМЕНАУ.

Медицинскій Календарь на 1908 годъ появляется въ значительно переработанномъ видѣ. Съ цѣлью дать возможность врачамъ пользоваться календаремъ, какъ необходимымъ справочнымъ изданіемъ, нѣкоторые отдѣлы, не имѣющіе значенія для практическихъ врачей, выброшены и, взамѣнъ ихъ, частью дополнены нѣкоторые прежніе отдѣлы, частью включены новые, болѣе существенные отдѣлы. Такъ, значительно дополненъ отдѣлъ: «Первая помощь при внезапныхъ заболѣваніяхъ и въ несчастныхъ случаяхъ» и прибавлены новые отдѣлы: «Прописи питательныхъ клизмъ», «Показанія и способы назначенія наиболѣе употребительныхъ минеральныхъ водъ», «Практически важныя реакціи», «Врачебная техника».

Календарь состоитъ, по примѣру прошлыхъ лѣтъ, изъ 2 частей, причемъ въ первую мы включили, желая сохранить ея портативность, самыя необходимыя свѣдѣнія, помѣстивъ во 2-й части Календаря тѣ свѣдѣнія, которыя не имѣютъ значенія для врача у постели больного.

Цѣна календаря (2 части) въ коленкоровомъ переплетѣ 1 руб. 60 коп., въ кожаномъ переплетѣ 2 руб.

Выписывать можно изъ конторы редакціи журнала „Практическая Медицина“, С.-Петербургъ, улица Жуковскаго, 13.

PERTUSSIN

Extract. Thymi saccharat. Taeschner.

ges. gesch. Einfuhr von der russ. Behörde gestattet.

Unschädliches, sicher wirkendes Mittel gegen:

Keuchhusten, Kehlkopf- und Bronchialkatarrh.

Literatur in hervorrag. Blättern Deutschlands u. Oesterreich-Ungarns.

Aerztliche Gutachten:

Prof. Dr. Ernst Fischer *(Strassburg)*:
Die Wirkung des „Pertussin“ war eine überraschende; wenngleich ich nicht gerade sagen kann, dass der Keuchhusten sich in einigen Tagen in einen einfachen Katarrh verwandelte, so wurden die Anfälle so milde, der Schleim so locker, dass das Erschreckende des Keuchhustens, das Blauwerden und die drohende Erstickung, vollständig wegfielen.

Dr. Model, kgl. Bezirksarzt a. D. *(Weissenburg)*:
Nach dem Gebrauch des Pertussin war es mir beim Erwachen plötzlich, als athmete ich die freie herrliche Luft auf einem Alpen-Gipfel. Diese Leichtathmigkeit fiel mir besonders auf, der ich infolge langjähriger Bronchialkatarrhe an merklichem Emphysem leide.

Dr. Alfred Müller *(Neuhausen)*:
Mein Urtheil geht dahin, dass das Pertussin ein Mittel ist, das in kürzester Zeit den mit Recht so gefürchteten Keuchhusten in einen ungefährlichen und fast unmerkbaren Bronchialkatarrh überzuführen vermag. Ich kenne zur Zeit kein anderes Mittel, welches sich des gleichen Vorzuges rühmen dürfte.

Dr. Erich R. von Matzner *(Birkfeld, Steierm.)*:
Die drei mit Pertussin behandelten Bronchitiden, davon zwei bei Kindern, zählten zu den schwersten Formen und jedesmal erwies sich Ihr Präparat als von ausgezeichneter Wirkung; der starke Hustenreiz nahm in wenigen Stunden bereits ab und die Secretion begann sich bald zu verringern, die Temperatur fiel ab.

Verkauf nur durch die Apotheken, sowie durch folgende Engros-Depôts:
H. Bierstümpfel, Apotheker, Warschau, Marszalkowska 136. **Ad. Marcinczik, Apotheker, Kiew. Paul Seebode, Apotheker, Riga,** Kalkstr. 26. **B. Schaskolsky, Petersburg, Carl Ferrein, Moskau.**

Hergestellt in der **Kommandanten-Apotheke E. Taeschner,** Berlin C. 19, Seydelstrasse 16. (63) 0—21.

Das Krankenutensilienlager

des St. Petersburger Samariter-Vereins.

Maximilianowsky Pereulok, 11.

verleiht auf Empfehlung eines Arztes oder eines Mitgliedes des Vereins alle zur Krankenpflege notwendigen Gegenstände wie: Rollstühle, Wassermatratzen, Tragbahren, Krücken, Wannen, Eisbeutel, Irrigatore etc.

Das Lager ist täglich v. 10 bis 5 Uhr (an Sonntagen v. 12 bis 2) geöffnet.

Die Verwalterin ist Dienstags und Freitags v. 2—3 Uhr daselbst zu sprechen.

Herausgeber Dr. Rudolf Wanach. Buchdruckerei v. A. Wienecke Katharinenhofer Pr. № 15.

XXXII. JAHRGANG. **ST. PETERSBURGER** Neue Folge XXIV. Jahrg.

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Redaktion von

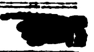
Prof. Dr. Karl Dehio. Dorpat. **Dr. Johannes Krannhals.** Riga.

Dr. Rudolf Wanach. St. Petersburg.

Die „St. Petersburger Medizinische Wochenschrift" erscheint jeden Sonnabend.—Der **Abonnementspreis** ist in **Russland** 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr inkl. Postzustellung; in den **anderen Ländern** 20 Mark jährlich, 10 Mark halbjährlich. Der **Insertionspreis** für die 3mal gespaltene Zeile in Petit ist 20 Kop. oder 45 Pfen.—Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt. - Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.

Abonnements-Aufträge sowie alle **Inserate** bittet man ausschliesslich an die Buchhandlung von **K. L. Ricker** in St. Petersburg, Newsky-Prospekt № 14. zu richten. — **Manuskripte** sowie alle auf die Redaktion bezüglichen Mitteilungen bittet man an den geschäftsführenden Redakteur Dr. **R. Wanach** in St. Petersburg, Petersb. Seite, Alexandrowski Pr. 6 zu richten. Sprechst. Dienstag, Donnerstag und Sonnabend 5—6.

№ 52 St. Petersburg, den 29. Dezember (11. Januar). **1907.**

Dieser № liegt **№ 12** der **«Revue der Russischen Medizinischen Zeitschriften»** bei. 

Ueber die Serumbehandlung der puerperalen Sepsis.

Von

Dr. med. G. Bohnstedt.

Ordinator der Klinik des Herrn Prof. P. T. Ssadowsky am Weibl. Med. Institut, im städt. Peter-Paul-Hospital.

Vortrag, gehalten am 16. Oktober 1907 im Verein St. Petersburger Aerzte.

Fraglos entspricht die Serotherapie der Infektionskrankheiten am besten der kausalen Indikation und daher ist es verständlich, dass auch bei der Behandlung der puerperalen Infektionen die Anwendung eines Serums in Frage kam und angestrebt wurde.

Doch, wie bekannt, werden die puerperalen Infektionen durch die verschiedensten Spaltpilze bedingt, so durch Strepto-, Staphylo-, Gono- und Diplokokken, durch das Bakterium coli und in selteneren Fällen noch durch verschiedene andere Bakterien.

Aber die schwersten, die tötlichsten Formen der puerperalen Krankheiten verdanken ihren Ursprung einer Infektion der Geburtswege mit Streptokokken und daher wurde angestrebt vor allem diesen gefährlichsten Streptokokkeninfektionen durch Antistreptokokkenserum zu begegnen.

Das erste von Marmorek geschaffene Serum erwies sich als wenig brauchbar, da, wie Tavel zeigte, die Immunisation mit Streptokokken ausgeführt wurde, welche nach wiederholter Tierpassage gewonnen waren. Diese Tierpassage erhöht die Virulenz der Streptokokken für die betreffende Tierspezies, vermindert sie aber für den Menschen, und daher konnte das erhaltene Serum gegen menschenpathogene Streptokokken nicht wirksam sein.

Tavel stellte zunächst die Forderung, dass die Immunisation direkt mit menschenpathogenen Streptokokken ohne vorherige Tierpassage bewerkstelligt werden müsse.

Da aber die verschiedenen Abarten des Strepokokkus verschiedene septische Erkrankungsformen bedingen, so wurde, um ein wirksames Serum zu erhalten, die Immunisation mit verschiedenen Streptokokkenstämmen, die bei verschiedenen Krankheitsprozessen gewonnen waren, ausgeführt. — Auf diese Weise entstanden die polyvalenten Antistreptokokkensera.

In neuester Zeit wird angestrebt, für jeden septischen Prozess ein appartes spezifisches Serum zu erhalten, durch Immunisation mit apparten Streptokokkenstämmen von jeder Krankheitsform. — So besitzen wir nun neben

den polyvalenten Antistreptokokkensera noch besondere spezifische Sera für Scharlach, Erysipelas und die sogen. antipuerperalen Sera.

Solange die schweren Puerperalinfektionen mit den verschiedenen nicht spezifischen Sera behandelt wurden, war der Erfolg dieser Behandlungsart ein überaus unsicherer und wechselnder; neben glänzenden Resultaten der einen Autoren fanden sich andere, die jeden Einfluss der Serumbehandlung auf den septischen Prozess bestritten. — Man hatte auch faktisch gar keine Anhaltspunkte, die eine typische Wirkungsweise des Serums auf die puerperale Sepsis festzustellen erlaubten. — Allerdings haben ja auch die Puerperalerkrankungen keinen typischen Verlauf; sie sind so verschiedenartig, ihr Gang ist so wechselnd, oft so unerwartet, dass man bei ihnen, mehr als bei irgend einer anderen Krankheitsform, stutzig und zweifelhaft werden kann, ob die beobachtete Veränderung durch dieses oder jenes Eingreifen bedingt war, oder nur zufällig mit letzterem zusammenfiel.

Erst neuerdings, seitdem die spezifischen antipuerperalen Sera in Gebrauch gekommen sind, scheint eine typische Wirkungsweise derselben auf die puerperalen septischen Prozesse bemerkbar zu werden; erst jetzt scheint sich die Möglichkeit zu bieten, diese Wirkungsweise einigermassen zu systematisieren.

Diese Behauptung aufzustellen erlaube ich mir aus dem Grunde, weil ich bei Anwendung des antipuerperalen Serums von Gabritschewsky bei verschiedenen puerperalen septischen Prozessen Erfahrungen gemacht habe, die durchaus den Erfahrungen von Peham[1]), Burkhard[2]) und Falkner[3]) entsprechen, die diese Autore mit dem Paltauf'schen, das ebenfalls ein antipuerperales Serum ist, gemacht haben, mit einem kleinen Unterschied insofern, als das von mir benutzte Serum eher noch eine vielseitigere Wirksamkeit zu entfalten scheint, als das Paltauf'sche. Für die Spezifität der antipuerperalen Sera spricht besonders der Umstand, dass in reinen Sepsis-Fällen, ohne Komplikation und ohne deutlich ausgesprochene Lokalisation, sowohl das Paltauf'sche wie das Serum von Gabritschewsky ganz gleiche Typen der Temperaturkurve nach der Seruminjektion bedingen, die mit einer gewissen Gesetzmässigkeit sich immer wiederholen.

Das ist um so tröstlicher, als auf Grund der reinen theoretischen Ueberlegungen von der Serumbehandlung bei puerperalen septischen Prozessen gar kein Nutzen zu erwarten stand; im Gegenteil, das Serum konnte sogar schaden und dem Organismus gefährlich werden.

So verhält sich v. Herff in Winckels Handbuch aus solchen rein theoretischen Gründen nicht nur ablehnend gegen die Anwendung aller bis dahin bekannten Sera (bis zum Aronson'schen inklusive), sondern spricht sich sogar dahin aus, dass auch von neuen Sera kein grösserer Erfolg zu erwarten steht, dass es überhaupt unmöglich ist ein Serum zu schaffen, das bei puerperalen Prozessen heilsam wäre. — Nach den Erfahrungen genannter ausländischer Kollegen und nach den meinigen, die ich Ihnen gleich mitteilen will, ist aber eine günstige Wirkung der spezifischen puerperalen Sera auf die septischen Wochenbettserkrankungen nicht von der Hand zu weisen. — Giebt es doch Skeptiker, die bis zum heutigen Tag den Nutzen des Diphtherie-Heilserums bestreiten; und doch hat sich dieses Serum volle Existenzberechtigung erworben und hat entgegen jeder Theorie fraglose Erfolge gezeitigt.

Das Antistreptokokkenserum ist, wie das Typhus- und Cholera-Serum, ein antibakterielles Serum, im Gegensatz zu den antitoxischen, wie das Diphtherie-Serum. — Es wird angenommen, dass diese Sera, indem sie auf die Kapsel der Spaltpilze eine beizende Wirkung ausüben, dieselben der Aktion der im Blute des Kranken enthaltenen Alexine oder Komplemente zugänglich machen und dass diese dann die Spaltpilze vernichten, indem sie sie teils verdauen, teils wieder der Wirkung der Phagozyten freistellen. — Die Endotoxine oder Proteine, die im Zellleib der Spaltpilze enthalten sind und mit dem Tode derselben frei werden, überfluten den kranken Organismus und müssen von diesem neutralisiert oder ausgeschieden werden. — Somit hängt der Erfolg der Serumwirkung davon ab, ob im Blute des Kranken genügend Komplemente vorhanden sind, um die ganze Masse der eingedrungenen Spaltpilze zu überwinden und ob der Organismus die Toxinämie überwältigen kann, die dem Tode der Mikrobenmasse folgt.

Zur Beschreibung meiner Beobachtungen bei Anwendung des Serums übergehend, muss ich gleich von vorne herein bemerken, dass dieselben aus verschiedenen äusseren Gründen nicht in allen Fällen mit gleicher Genauigkeit und Vollständigkeit durchgeführt sind und dass in den zu demonstrierenden Kurven verschiedene Daten nur in den Fällen vermerkt sind, in denen sie während längerer Zeit systematisch erhoben wurden. Ein wesentlicher Defekt besteht bei mir im Fehlen genauer bakteriologischer Befunde; zwar wurde beinahe in allen Fällen das Uterussekret bakteriologisch untersucht, jedoch das Ergebnis dieser Untersuchungen war so unklar und unbestimmt, dass ich es vorziehe, darüber ganz zu schweigen.

Genaue bakteriologische Daten finden wir in den Arbeiten der obenzitierten ausländischen Autoren, die das Paltauf'sche Serum verwandten. Dieselben stellten fest, dass dieses Serum nur in Fällen von reiner Streptokokkeninfektion wirksam sei, bei Misch- und nicht Streptokokkeninfektionen dagegen entweder kaum oder gar keinen Erfolg gäbe. Inwieweit diese Befunde beim antipuerperalen Serum von Gabritschewsky zutreffend sind, vermag ich noch nicht zu beurteilen, hoffe aber, dass es mir bei weiterer Serumanwendung gelingen wird, seine Wirkung auch bakteriologisch zu kontrollieren. Bisher habe ich das Serum in allen schwereren Fällen von fieberhaften Puerperalerkrankungen angewandt, die sich mir darboten, ohne vorhergehende bakteriologische Untersuchung, befand mich also in dieser Hinsicht in der Lage des praktischen Arztes.

Ausser bei Nicht-Streptokokkeninfektionen fanden die ausländischen Autore das Paltauf'sche Serum unwirksam: 1) bei Komplikationen des septischen Prozesses mit schweren Erkrankungen von Seiten der inneren Organe; 2) bei langdauernden veralteten chronischen Sepsisfällen und 3) bei Vorhandensein von Eiteransammlungen irgendwo im Organismus. Diese Erfahrungen werden durch meine Krankengeschichten zum Teil ganz bestätigt, zum Teil kann ich in meinen Fällen nicht von einer absoluten Wirkungslosigkeit des Serums von Gabritschewsky sprechen, sondern nur von einer weniger typischen, weniger deutlichen Wirkung desselben.

Natürlich ist das Serum kein Allheilmittel gegen jeden Puerperal-Sepsis-Fall. Einige der schwersten Fälle, die schon in hoffnungslosem Zustand in unsere Behandlung kommen, können ebensowenig durch Serum, wie durch irgend ein anderes Mittel gerettet werden. Doch muss ich bemerken, dass Burkhard von 29 reinen Streptokokkenfällen keinen einzigen verloren hat, Peham — von 19 Kranken — 1.

Von meinen 14 bisher mit Serum behandelten Fällen haben drei letal geendigt; die eine Kranke starb am

[1]) Arch. f. Gynäkol. 1905, Bd. 74, S. 47.
[2]) Arch. f. Gynäkol. 1906, Bd. 79, S. 673.
[3]) Wien. klin. Wochenschr. 1907, Nr. 22.



Tage nach der Aufnahme ins Hospital und bei der Autopsie fand man eine akute eiterige Peritonitis. Die zweite Kranke starb 3 Tage nach ihrer Ueberführung aus einem der städtischen Gebärasyle ins Hospital und zeigte bei der Sektion neben einer septischen Endometritis, eine septische Endokarditis, vereiternde Infarkte der Nieren und des Gehirns und akute septische Veränderungen der parenchymatösen Organe (cf. Kurve I). Diese Kranke war ohne Besinnung mit Zeichen einer Gehirnembolie aus dem Gebärasyl ins Hospital übergeführt worden. Während der ersten Untersuchung und der gleich angeschlossenen Entfernung zerfallender Plazentarreste ex utero stockte die Atmung und der Puls setzte aus, so dass künstliche Atmung und einige Kampherspritzen nötig wurden, um die Kranke wiederzubeleben; trotz so überaus schwerer Erscheinungen spritzte ich Serum ein und am nächsten Morgen war zu meiner grössten Ueberraschung das Befinden ein bedeutend besseres: die Kranke sprach undeutlich einige Worte, war etwas bei Besinnung und konnte einige Klysmen bei sich behalten. Dann wurden die Symptome wieder schwerer und die zweite Seruminjektion machte ich am nächsten Tag schon wenige Stunden vor dem Tode. Die dritte Kranke, die zum exitus kam, sah ich zuerst am 4. Tage des Puerperiums und sie bot in diesem Augenblick schon deutliche Anzeichen einer beginnenden septischen Peritonitis; die am 5. Tage gemachte Seruminjektion blieb ohne jede Wirkung; weder auf die Temperatur, noch das Allgemeinbefinden und bei immer schwereren Erscheinungen der Peritonitis verstarb die Kranke am 8. Tage. (cf. Kurve II).

Mich stützend auf diesen und den ersten Fall glaube ich mir den Schluss erlauben zu können, dass bei Peritonitis septica auch die Serumbehandlung aussichtslos ist. Ob in diesen Fällen eine frühzeitige Seruminjektion, ganz im Beginne der Temperatursteigerung, oder eine grössere Serumgabe auch wirkungslos geblieben wäre, bleibt natürlich dahingestellt.

Bei Komplikation des septischen Prozesses mit schweren Erkrankungen der inneren Organe scheint das Serum von Gabritschewsky nicht absolut wirkungslos zu sein. Es blieb ohne jeden Einfluss auf den Krankheitsverlauf in einem meiner Fälle. (cf. Kurve III). Es handelt sich um eine Wöchnerin, die am 3. Puerperaltage dem Hospital aus einem städtischen Gebärasyl mit der Diagnose Ileotyphus überwiesen war; sie war schon, eben auf dem Fuhrmann entbunden, mit 38,3 im Asyl aufgenommen worden. Am 5. Tage post partum wurden ihr, in der septischen Abteilung des Hospitals, zerfallende Plazentarreste aus der Gebärmutter entfernt, und am 8. Tage spritzte ich ihr, bei andauernd hohen Temperaturen Serum ein, jedoch ohne irgend welche Reaktion. Am nächsten Tage entdeckten wir eine bis zur zweiten Rippe hinaufreichende Pleuritis exsudativa serosa sinistra, die vor der Serumanwendung übersehen war, da der Lungenbefund von zwei Kollegen in der inneren Abteilung als normal vermerkt war. Diese Kranke erholte sich allmälich, nachdem einige Punktionen nötig geworden waren.

Diesem Fall steht aber ein anderer gegenüber, in dem der septische Prozess durch eine schwere katarrhalische Pneumonie kompliziert war. (cf. Kurve IV). Diese Kranke wurde am 18. Tage post partum dem Hospital überwiesen, nachdem sie in einem städtischen Gebärasyl niedergekommen war und vom 4. Tage an schwer fiebernd dort gelegen hatte. Trotz der gebräuchlichsten Massnahmen bis zur Collargol-Anwendung als Salbe und Klysmen inklusive, fieberte die Kranke immer weiter; lokal bot sie nicht besonders bedeutende beiderseitige Parametritiden dar; am 29. Tage kamen unter noch höherem Temperaturanstieg Erscheinungen der linksseitigen katarrhalischen Pneumonie hinzu. Als ich die Kranke am 1. Oktober am 31. Tage post partum, zuerst sah, bot sie ein äusserst schweres Bild dar: gerade an diesem Morgen war ein heftiger Schüttelfrost eingetreten, mit einem Sprung der Temperatur von 37,0 bis 40,9. Ich spritzte ihr sofort Serum ein und am nächsten Morgen war der Allgemeinzustand ein unvergleichlich besserer. Nach neuem Anstieg an demselben Abend, sehen Sie die Temperatur weiterhin lytisch abfallen, bei fortschreitender Besserung des Allgemeinbefindens, trotzdem die Erscheinungen der Pneumonie umsichgriffen. Zwischen dem 7. und 8. Tage nach der Seruminjektion entwickelte sich ein Abszess der linken Tonsille, der in der Nacht zum 10. Tage spontan durchbrach, wobei die Temperatur zur Norm abfiel. Am 11. Tage nach der Serumgabe stieg das Fieber wieder an unter Ausbruch eines Urticariaähnlichen Exanthems, nach weiteren zwei Tagen gesellten sich heftige Gelenkschmerzen in den Extremitäten hinzu, die nach einigen Tagen zurückgingen, wobei auch die Temperatur zur Norm kam. In dieser Zeit fingen auch die Symptome der Pneumonie an etwas zurückzugehen; die parametranen Infiltrationen waren beinahe spurlos resorbiert. Dann aber folgte ein neuer pneumonischer Nachschub unter gleichzeitigem Umsichgreifen eines linksseitigen parametranen Infiltrates, Temperatur und Puls machten einen neuen Buckel und erst nach 1½ weiteren Wochen ging die Kranke endgültig ihrer Genesung entgegen. Jedoch der Allgemeinzustand war seit dem Tag nach der Seruminjektion ein so zufriedenstellender, dass wir für das Leben der Kranken keine Besorgnis mehr hatten.

Ferner findet sich unter meinen Kranken ein Fall von chronischer Sepsis. (cf. Kurve V). Die Kranke fieberte nach der Geburt 5 Wochen lang, wobei hauptsächlich Erscheinungen von Seiten des Darmkanals das Krankheitsbild beherrschten. In der 6. Woche hatte die Kranke an zwei einander folgenden Tagen Schüttelfröste; ich machte eine Seruminjektion, die eine deutliche Temperaturremission zeitigte, jedoch nur für die Dauer von 4 Tagen; dann folgten 4 Fiebertage mit zwei Schüttelfrösten und erst danach ging die Temperatur allmälich zur Norm zurück. Auch in diesem Fall scheint das Serum nicht ohne Einfluss auf den Krankheitsverlauf geblieben zu sein; besonders wenn man die 4-tägige Temperaturerhöhung nach der ersten Remission als sogen. „Serumfieber" deuten will, ist dieser Einfluss wohl unzweifelhaft zu nennen.

Undeutlich und nicht überzeugend ist die Serumwirkung bei einer Kranken, die in die geburtshilfliche Abteilung des Hospitals mit 38,9 aufgenommen war und bei 41,1 nach einigen Stunden niedergekommen war. (cf. Kurve VI). Der Geburt folgte ein starker Schüttelfrost. Ich spritzte ihr sofort Serum ein, die Temperatur fiel zur Norm ab, doch bereits am 3. Tage fing sie wieder an zu steigen und es folgte eine Fieberperiode mit täglichen Schüttelfrösten vom 9.—12. Tage; lokal bildete sich eine umfangreiche beiderseitige parametrane Infiltration aus. Am 14. Tage machte ich eine zweite Seruminjektion, ohne deutlichen Einfluss auf die Temperaturkurve; aber die Schüttelfröste blieben weiterhin aus und die Kranke erholte sich, als die parametranen Infiltrationen zurückgingen. In diesem Fall hätte man am 3. oder 4. Puerperal-Tag die Seruminjektion wiederholen müssen: dann wäre, meiner Ueberzeugung und den Erfahrungen der ausländischen Kollegen nach, die Temperatur wohl in typischer Weise abgefallen und es wäre überhaupt nicht zu den Parametritiden und zu der langwährenden Morbidität gekommen. Doch natürlich bin ich mir ganz bewusst, dass das eine vage Behauptung ist.

Jetzt gehe ich zu einer Reihe von Fällen über, in denen das Serum eine, meiner Ansicht nach, unzweifelhafte Wirkung entfaltet hat und in denen diese Wirkung sich in der Weise gezeigt hat, wie sie die ausländischen Autoren, besonders Burkhard, als typisch bezeichnen.

Da habe ich einen Fall von incompletem Abort, der in unserer Abteilung bei normaler Temperatur ausgeschabt wurde; (cf. Kurve VII) nach 24 Stunden stellt sich bei starkem Schüttelfrost ein Temperaturanstieg bis 41,2 mit 140 Pulsen ein. Da die Kranke einen äusserst schweren Eindruck machte, wurde ihr sofort polyvalentes Antistreptokokken-Serum von Gabritschewsky injiziert; am Abend desselben Tages war die Temperatur 39,5, am nächsten Morgen betrug sie 37,8, abends 38,7 und nach einem weiteren Tag fiel sie zur Norm und blieb normal ohne irgend einen lokalen pathologischen Befund.

Ferner habe ich drei Kranke, die am 5., 10. und 16. Tag des Puerperiums ins Hospital aufgenommen waren und schwere fieberhafte Erkrankungen darboten, die bald nach den Geburten zu Hause eingesetzt hatten. (cf. Kurven VIII, IX, X). Diesen Kranken wurde am 7., 10. und 21. Tag antipuerperales Serum eingespritzt und bei ihnen allen sehen wir einen Temperaturabfall auf 2—3° zum nächsten, der Injektion folgenden Morgen, einen mehr oder weniger bedeutenden Temperaturanstieg an demselben Abend und eine volle Entfieberung im Laufe einiger weiterer Tage.

Dieser Typus der Temperaturkurve, mit der die Pulskurve mehr oder weniger gleichen Schritt hält. mit unbedeutenden Variationen, wie dieselben auch meine drei Kranken darbieten, muss als charakteristisch für die Wirkung der spezifischen antipuerperalen Sera gelten und wird als solcher ebenfalls von den ausländischen Autoren betrachtet.

Bei allen diesen Kranken war lokal ausser einem unbedeutenden paramentranen Infiltrat bei der ältesten von ihnen, nichts pathologisches zu erheben und die Kranken erholten sich bald und wurden gesund entlassen.

Gesondert will ich nun noch einen besonders schweren Fall von Puerperal-Erkrankung besprechen, der am 12. Tag nach der Geburt aus einem der städtischen Gebärasyle zu uns übergeführt wurde (cf. Kurve XI). Auch hier fehlten irgend bedeutende lokale Erscheinungen, eine kleine subinvolutio uteri, ein granulierender Dammriss, nirgends ein Infiltrat oder Exsudat. Jedoch das Allgemeinbefinden war äusserst schwer; schon vom 10. Tage war die Temperatur täglich über 40,0 bis 40.7, der Puls bei uns im Hospital zwischen 120—140, die Zunge ganz trocken, mit dicken Borken belegt, das Sensorium benommen. Am 15. Tage machte ich die erste Seruminjektion; an diesem Abend 39,6, am nächsten Tag die höchste Temperatur 40,1; eine merkliche Besserung war nicht zu konstatieren; am 17. Tag wiederholte ich die Injektion, obgleich der Zustand ein geradezu hoffnungsloser war, und von diesem Moment begann ein lytischer Abfall der Temperatur und eine deutliche Besserung des Allgemeinbefindens. Im weiteren Verlauf bildeten sich kleine Abszesse am rechten Knie und rechten Ellenbogen und ein grosser tiefer Abszess am rechten Schenkelknochen; damit standen noch einige Schwankungen der Temperatur in Verbindung; aber die Kranke erholte sich zusehends und war ausser Gefahr.

Dieser Fall sowie der mit der Pneumonie komplizierte sind von allen Kranken, die sich nach der Serumanwendung erholt haben, unfraglich die schwersten. Es ist meine tiefste Ueberzeugung, dass ich diese beiden Kranken nur dank dem Serum am Leben erhalten und der Genesung entgegengeführt habe; sie haben mir aber die Ueberzeugung gegeben, dass man auch in scheinbar verzweifelten Fällen Serum anwenden, und die Injektion wiederholen soll, wenn die erste Dosis auch keinen besonderen Erfolg zu haben schien.

Auch die ausländischen Autoren beschränkten sich nicht auf eine Seruminjektion, sondern gaben eine zweite, wenn die Temperatur nach der ersten Remission wieder anstieg.

Bei Falkner finden wir den Vermerk, dass selbst 600 ctm. Serum in geteilter Dosis und 200 auf einmal schadlos vertragen werden.

Nun muss ich noch auf einen Fall von Anwendung des Serums in der Privat-Praxis eines Kollegen eingehen. Hier stieg nach bis dahin normalem Wochenbett am 11. Tag die Temperatur unter Schüttelfrost bis 38,8, am 12. Tag bis 39,8 ohne lokalen Befund; nach 3 Tagen kam alles zur Norm und die Kranke stand auf. Plötzlich am 20. Tag geht die Temperatur wieder in die Höhe, es wiederholen sich Schüttelfröste am 21. Tag und ein besonders starker in der Nacht zum 23. Tage mit Temperatur von 39,8. Obgleich zum Morgen die Temperatur zur Norm abfiel wurde eine Seruminjektion gemacht, wonach sich die Schüttelfröste nicht mehr wiederholten und die Temperatur normal blieb. Erst $1^1/_2$ Wochen später, bereits in Reval, erkrankte Patientin von neuem mit Fieber bis 39,8 unter Ausbruch von Urticaria und starken Gelenkschmerzen, die den dort behandelnden Kollegen, der die Freundlichkeit hatte mir brieflich die Krankengeschichte zu berichten, zur Annahme eines Anfalles von Gelenkrheumatismus veranlassten, und ihn, als in keinerlei Verbindung mit dem Puerperium stehend zu betrachten. Nach den neuesten Erfahrungen, die ich bei meiner Kranken mit der Pneumonie gemacht habe, könnte man aber den Anfall als Folge der Serumbehandlung betrachten.

Zweifellos ist dieser Fall nicht überzeugend und nicht beweisend: die Krankheit hatte vor Anwendung des Serums keinen ausgesprochenen Verlauf gezeigt; es ist ganz ungewiss, ob nicht auch ohne Anwendung des Serums die Temperatur normal geblieben wäre, nach der Remission, die am Morgen vor der Serumeinspritzung konstatiert war; ich glaube solches nicht; vielmehr nehme ich an, dass diese Remission voraussichtlich von einem neuen Schüttelfrost gefolgt wäre, der durch die Serumapplikation hintangehalten worden ist.

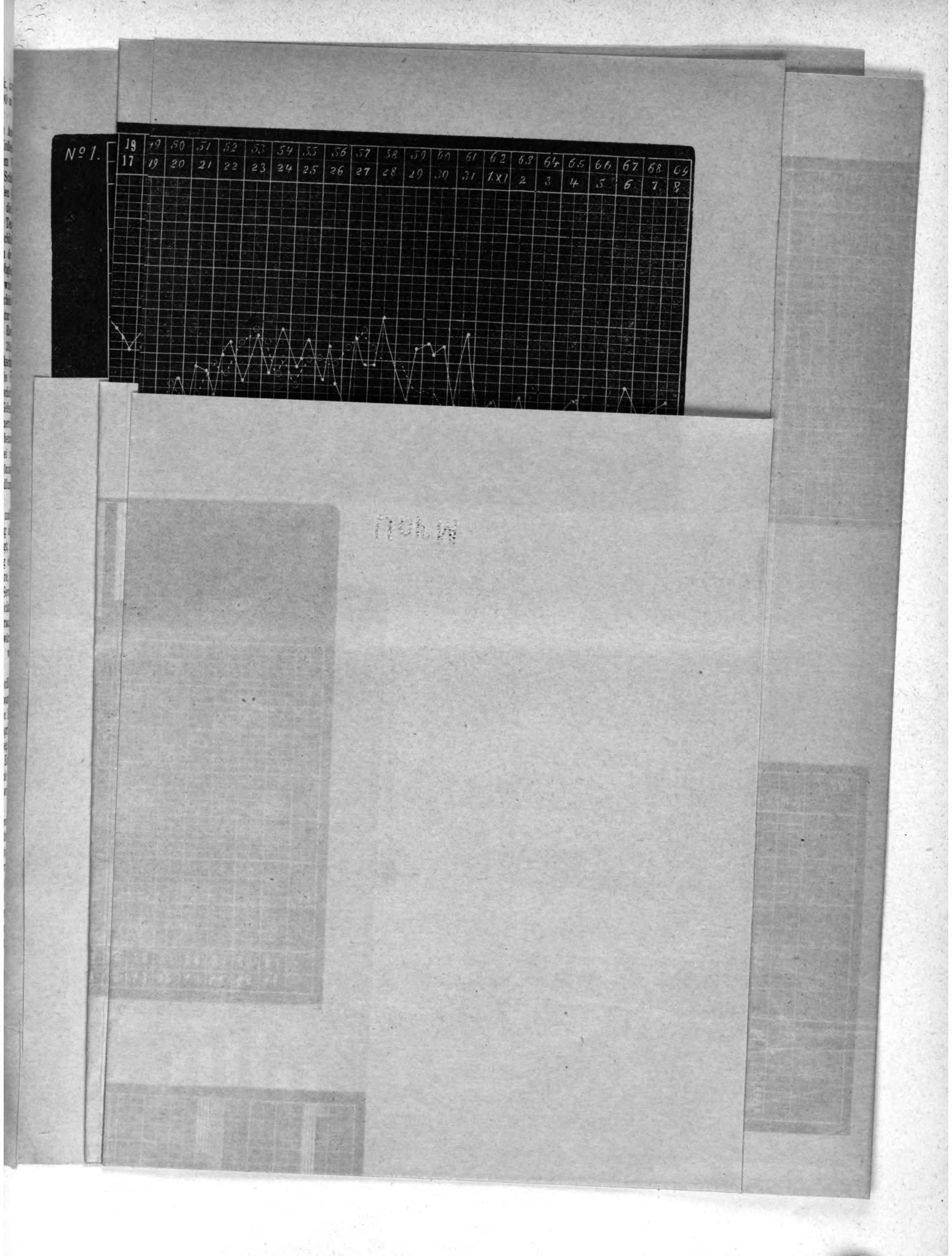
Was die Technik der Serumanwendung betrifft, so habe ich immer je 50 Cctm. eingespritzt und zwar subkutan, unter die desinfizierte Haut der vorderen Brustfläche am unteren Rippenrand; nach der Einspritzung vertrieb ich die Masse durch massierende Bewegungen bis kaum eine Spur derselben mehr nachblieb. Ein Infiltrat oder gar einen Abszess habe ich hier nie entstehen sehen; eine leichte Schmerzhaftigkeit dieser Gegend verschwand nach 2—3 Tagen.

Vor der Serumapplikation wurde eine besondere Beachtung der Herztätigkeit geschenkt und gewöhnlich verordnete ich Digitalis, um das Herz für die Stunden der Temperaturremission, des event. Schweissausbruches und der der Einspritzung folgenden Toxinaemie zu stärken. Ausserdem wurden die Kräfte der Kranken durch Wein und Cognac und Klysmen mit Cognac und Zucker gehoben. Die lokale Therapie wurde bei entsprechenden Indikationen sowohl vor wie nach der Serumeinspritzung von ihr unabhängig angewandt.

Neben der Einwirkung des Serums auf Temperatur und Puls, muss ich noch dessen Einfluss auf die Harnabsonderung und die Blutbeschaffenheit hervorheben.

In allen Fällen wird nach der Serumeinspritzung ein Ansteigen der Harnmenge beobachtet; dasselbe beginnt schon am folgenden Tag und die Harnmenge wächst im Verlauf von ungefähr einer Woche beständig an, erreicht manchmal 2500 und mehr Cctm., um dann wieder auf die normalen Werte zu fallen. (cf. Kurven VIII, IX, X).

Die Wirkung des Serums auf die Blutbeschaffenheit äussert sich in einem beständigen Wachsen der Leukozytenzahl. So sehen wir, dass in einem der typischen Fälle (siehe Kurve № 8) die Leukozytenzahl von 6500 am Tage



№ 1.
19
17
49 50 51 52 53 54 55 56 57 58 59 60 61 62 63 64 65 66 67 68 69
19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 1.XI 2 3 4 5 6 7 8

der Serumeinspritzung im Laufe der nächsten 4 Tage bis zu 13,000 anstieg. In unserem schwersten Fall (siehe Kurve № 11), betrug die Leukozytenzahl am Tage der ersten Serumeinspritzeng nicht ganz 5,000; nach 2 Tagen zählten wir schon 6,000 und nach einer Woche 12,000; danach fiel allmählich die Leukozytenzahl wieder ab, trotzdem sich in dieser Zeit der tiefe grosse Abszess am rechten Schenkelknochen ausbildete. Dieser Umstand veranlasst mich die Hyperleukozytose auf die Serumwirkung zurückzuführen und dieselbe nicht durch die eitrigen Prozesse dieser Kranken zu erklären.

Neben dem Wachsen der Leukozytenzahl beobachteten wir ein ständiges Fallen der Anzahl der roten Blutkörperchen, das erst in ein recht rapides Austeigen derselben übergeht, sobald die Zahl der Leukozyten wieder geringer wird.

Ob das Serum vernichtend auf die roten Blutkörperchen wirkt, ob das Sinken ihrer Anzahl durch die der Serumanwendung folgende Toxinaemie bedingt wird, oder überhaupt die Aeusserung einer schweren Erkrankung des Organismus ist, vermag ich nicht zu entscheiden.

Jedenfalls will ich das Faktum hervorheben, dass mit der Rekonvaleszenz der Kranken die Erythrozytenzahl schnell anwuchs und bei der Entlassung der Kranken annähernd normale Werte erreichte.

In keinem einzigen Fall, weder bei mir, noch bei den ausländischen Autoren hat die Anwendung des Serums irgend einen Schaden nach sich gezogen. In einer geringen Anzahl der Fälle wurden im Auslande Serumexantheme, die am 2.—3. oder 5.—6. Tage ausbrachen und nach einigen weiteren Tagen ohne besondere Therapie verschwanden, beobachtet; in einigen Fällen wurden leichte Gelenkschmerzen notiert. Bis auf die zwei erwähnten Fälle, in denen Exantheme und Gelenkschmerzen erst in der 2. Woche nach der Seruminjektion auftraten, habe ich sonst unter meinen Fällen weder Exantheme noch Gelenkschmerzen beobachtet.

Der Umstand, dass die Anwendung der spezifischen antipuerperalen Sera nie Schaden gebracht hat, ist von eminenter praktischer Bedeutung. Der praktische Arzt, der nicht die Möglichkeit hat, den ihm begegnenden Fall von Puerperalerkrankung bakteriologisch klarzustellen, riskiert garnichts, wenn er spezifisches Serum anwendet. In den meisten Fällen, besonders bei frühzeitiger Anwendung, wird er besten Erfolg haben: in einigen wenigen sozusagen Ausnahmsfällen wird kein Resultat erfolgen; jedenfalls wird er aber den Kranken in keinem Fall schaden, trotzdem uns die Theorie lehrt, dass unpassendes Serum schaden müsse.

Obgleich ich bisher nur das antipuerperale Serum von Gabritschewsky gebraucht habe bestehe ich durchaus nicht auf der Benutzung nur dieses Serum. Im Gegenteil, gerade der Umstand, dass meine Resultate mit dem Serum von Gabritschewsky so identisch sind mit denen der ausländischen Autoren mit Paltauf-Serum, veranlasst mich, meine Meinung dahin zu formalieren, dass ein jedes Serum eines beliebigen Produzenten wirksam sein muss, soweit es ein polyvalentes und ein Serum ist, das durch Immunisation mit Spaltpilzen von der puerperalen Flora gewonnen, also ein spezifisch-antipuerperales Serum ist.

Zum Schluss möchte ich die Ueberzeugung aussprechen, dass wir in den neuen antipuerperalen Sera wertvolle Mittel zur rationellen causalen Therapie der puerperalen septischen Erkrankungsformen besitzen, und dass daher diese Sera unsere volle Beachtung und eine möglichst verbreitete Anwendung verdienen.

Bücheranzeigen und Besprechungen.

de Quervain, Prof. Dr. F.: Spezielle chirurgische Diagnostik für Studierende und Aerzte mit 245 Abbildungen im Text und 3 Tafeln. Leipzig. Verlag von F. C. W. Vogel. 1907.

Bei der ungeheueren Menge neu erscheinender Bücher in der medizinischen Fachliteratur sollte man es kaum für möglich halten, dass noch was Originelles und etwas einem wirklichen Bedürfnis Entsprechendes geboten werden könne.

Das hat de Quervain mit seiner chirurgischen Diagnostik erreicht und Manchem vielleicht erst zum Bewusstsein gebracht, dass es trotz Albert und Landerer tatsächlich eine Lücke auszufüllen gab. Den trockenen Stoff der chirurgischen Diagnostik auf 588 Seiten so zu verarbeiten, dass der Leser Kapitel auf Kapitel aufmerksam studiert ohne zu ermüden, das ist eine Leistung die an die Meisterwerke Billroth's, Albert's und Bergmann's erinnert. Wer aber je im Inselhospital hospitiert hat, wird bei der Lektüre des Buches bald erkennen welch' vortrefflicher Schule der Verfasser seine Ausbildung verdankt, auch wenn er die Widmung und die mehrfachen direkten Hinweise auf Kocher ausser Acht lässt.

In 98 Kapiteln hat de Quervain den gewaltigen Stoff der gesammten Chirurgie, soweit Diagnose und Differentialdiagnose in Betracht kommen, übersichtlich nach den Körperregionen geordnet und in aussergewöhnlich anschaulicher Weise verarbeitet. Klar und prägnant ist die Darstellung, keine Zeile ist überflüssig, kein Wort zu viel gesagt und doch liest sich das Ganze leicht und fliessend, man bewältigt den spröden Stoff spielend. Eine grosse Anzahl typischer Beispiele erläutert die praktische Nutzanwendung der diagnostischen Schlüsse und der Verf. wird durch Wiedergabe instruktiver (in kleinerem Druck beigefügter) Krankengeschichten den Forderungen klinischer Kasuistik gerecht. Die Dignität des Wissenswerten wird in zweckmässiger Weise durch den Druck (der übrigens wohltuend fehlerfrei ist) hervorgehoben und der gesamte Inhalt des Werkes durch zahlreiche fast ausnahmslos gute Bilder belebt.

Der Wert guter Illustrationen, namentlich photographischer Wiedergaben, als medizinisches Lehrmittel wird bei der Lektüre solcher Bücher aufs Neue bestätigt (man vergleiche z. B. die Abbildungen in Fig. 55, 56, 61, 69—80, 291) und es unterliegt keinem Zweifel, dass zum Armamentarium einer modernen Klinik nicht allein ein Röntgenapparat, sondern auch ein einwandsfreier photographischer Apparat gehört.

Obgleich fast alle Abschnitte des gesammten Buches mit derselben Sorgfalt und Genauigkeit bearbeitet worden sind, so haben dem Ref. doch einige Kapitel ganz besonders zugesagt, so z. B. das Kapitel über Hirndruck, Struma, Schluck-, Stuhl-, Atem- und Harnbeschwerden, Herzerkrankungen, Mamatumoren, entzündliche Prozesse in der Bauchhöhle, Blasenruptur, Erkrankungen der Wirbelsäule und des Rückenmarks, Luxationen und Frakturen mit den vortrefflichen Hinweisen auf die Methoden der Extremitätenmessung. — Die Unentbehrlichkeit des Mikroskops und des Tierversuches, des Röntgenapparates und aller sonstigen modernen Untersuchungsmethoden (Aufblähung des Magendarmtractus, Harnseparator und Ureterencatheterismus etc.) wird gehörigen Ortes immer wieder betont, aber doch sucht Verf. den ausserhalb eines modernen Krankenhauses Arbeitenden soweit zu bringen, dass er auch ohne diese Hilfsmittel durch die Jedem geläufigen nicht instrumentellen Untersuchungsmethoden zum Ziele einer möglichst exakten Diagnose gelangt. Im Gegensatz zu manchen Klinikern wird — wie Ref. erscheint mit Recht — der Anamnese die ihr gebührende Stellung angewiesen und auf die Wichtigkeit eines genauen Krankenexamens hingewiesen. «Unfall- und Renten»-Erkrankungen finden die nötige Berücksichtigung nicht allein in diagnostischer, sondern auch in prognostischer Hinsicht und auch bei vielen anderen Erkrankungen werden die treffenden prognostischen und therapeutischen Winke namentlich dem Anfänger von grossem Werte sein.

Wenn trotz aller Vorzüge Ref. noch einige kleine Wünsche äussert, resp nicht in Allem mit dem Verfasser übereinstimmt, so kann das natürlich dem Ganzen keinen Abbruch tun: So wäre z. B. nach Ansicht des Ref. im Kapitel über die Diagnose der eitrigen Meningitis (pg. 29) vielleicht noch die Lumbalpunktion zu erwähnen. Im Gegensatz zum Verf. (pg. 76) hat Ref. auf den Tonsillen häufiger gummöse als primär-syphilitische Geschwüre beobachtet und die Erfahrung gemacht, dass bei der Differentialdiagnose des Ileus (pag. 240) häufig genug die Perforation des Ulcus ventriculi gerade diagnostische Schwierigkeiten bereitet. Bei der Diagnose der Nierengeschwülste (pg. 362) vermisst Ref. die nochmalige Erwähnung der Aufblähung und des Ureterenkatheterismus und ist der Meinung, dass bei der Aufblähung des Dickdarmes (pag. 243) auch das Lageverhältnis des Colon zur Niere

resp. Ovarium in antero-pasteriorem Sinne betont werden musste, also: der geblähte Dickdarm liigt nach innen, unten vorn (vor der Niere).

Im Kapitel LXVII hätten noch die relativ häufig beobachtete foveola coccygea, im letzten Kapitel der Unguis incarnatus und pag. 563 die luetischen dolores osteocopi Erwähnung finden können. Das Alles sind nur Kleinigkeiten und Ref. kann nicht umhin nochmals den Gesamteindruck dahin zusammenzufassen, dass die Chirurgen deutscher Zunge im de Quervain'schen Lehrbuch einen Schatz besitzen, dem Jeder was entnehmen kann, ein Buch ebenso geeignet zum systematischen Studium wie zum Nachschlagen und ein Buch das nicht so bald veralten kann — empfehlenswert schon deshalb, weil die Beherrschung seines Inhalts zu den Grundbedingungen jeglichen chirurgischen Könnens gehört, denn qui bene diagnoscit bene curat. Ref. zweifelt nicht daran dass de Quervain's Diagnostik bald die weiteste Verbreitung finden und sich als zuverlässiger Ratgeber bewähren wird.

Greiffenhagen.

Mitteilungen aus der Gesellschaft praktischer Aerzte zu Riga.

Sitzung vom 21. Feb. 1907.

Anwesend 54 Mitglieder, als Gäste Dr.Dr. Pacht, Pinker, Cossard. Dr. v. Cossard (als Gast) stellt einen Pat. vor, der Ende August v. J. wegen vereiterten Ellenbogengelenks operiert wurde.

Augenblicklich fehlen an absoluter Streckung ca. 20%; sonst sind die Bewegungen fast normale.

Die Synovialis war schwartig verdickt, der Knorpel intakt die bakteriologische Untersuchung des Eiters ergab Streptokokken. Der Eingriff bestand in Eröffnung des Gelenks durch den Resektionsschnitt und möglichster Exstirpation der Schwarten.

Tamponiert wurden bloss die ersten 20 Stunden der Blutung wegen (Tamponade bis an das Gelenk). Stauung wurde nicht vertragen. T° vor der Operation um 39°, seit der Operation normal. 4 Wochen nach der Operation medico-mechanische Nachbehandlung.

Aetiologie unklar. Ein osteomyl. Herd liess sich nicht nachweisen. Vorher hatte Pat. über Schmerzen in einigen anderen Gelenken geklagt. Bemerkenswert erscheint das erzielte funktionelle Resultat nach Vereiterung des Gelenks.

Dr. P. Klemm, das hier vorgestellte Resultat ist sicher sehr beachtenswert, doch ist es von Wichtigkeit zu wissen, dass es sich hier um eine streptomykotische Gelenkerkrankung gehandelt hat, man wisse ja, dass solche so verlaufen können, dass die Gelenkfunktion dabei nicht beeinträchtigt wird, weil die Eiterung bei Streptokokken nicht die tieferen Schichten der Gelenkintima zerstört, sondern nur die mucosa betrifft, man hat diese Eiterung auch als katarrhalische bezeichnet. Ganz anders liegen die Verhältnisse bei staphylomykotischer Eiterung. Diese zerstört die Gelenkintima und die narbige Schrumpfung derselben lässt eine so gute Wiederherstellung nur in den seltensten Fällen erwarten. Im vorliegenden Falle hat es sich, laut Mitteilung um keine Knochenerkrankung gehandelt, er möchte daran natürlich nicht zweifeln, gibt aber zu bedenken, dass die treptomykotische Gelenkerkrankung, die im wesentlichen als Gelenkeiterung imponiert, oft sehr kleine bis erbsengrosse Herde setzt, die gelegentlich zur Verwechselung mit Tuberkulose führen könnten. Die Streptomykosen betreffen ja mit Vorliebe die Gelenkenden, während die Staphylomykose in der Regel die extraepiphysären Knochenteile befällt, deshalb ist bei ersteren die Gelenkeiterung das Charakteristische und ins Auge fallende. Diejenigen Erkrankungen, die besonders oft mit streptomykotischer Mischinfektion einhergehen so z. B. der Scharlach, die Diphterie sind oft mit katarrhalischer Exsudation in den Gelenkhöhlen verbunden. Diese können auch ohne jede Kunsthülfe ausheilen und die Funktion vermag sich dabei absolut wieder herzustellen. Charakteristisch ist bei streptomykotsicher Knochenerkrankung ja überhaupt, dass das Mark dabei in der Regel verschont bleibt, während die oberflächlichen Schichten des Knochens dabei befallen werden, während bei der Staphylomykosis grade das Gegenteil stattfindet der Schauplatz der Erkrankung in der Regel das Mark ist. Interessant in vorliegendem Falle ist auch das Versagen der Bier'schen Stauung, die gleich aufgegeben wurde, der einzige Erfolg dieses Therapieversuches war eine Armlähmung, die aber geschwunden ist.

Dr. von Bergmann erwähnt als von Interesse den Modus der Erkrankung, erst bestand Parulis, nach Monaten eine Gelenkerkrankung, jetzt nach ½ Jahre eine Epidydimitis bestimmt ohne Gonorrhoe, die unter Ruhe und Umschlägen sich zurückbildete. Er referiert über eine chronische Streptokokkeneiterung am Thorax die unter dem Bilde der Aktinomykose operiert wurde, die bakteriologische Untersuchung ergab Streptomykosis, nach primärer Verheilung nach Exzision, kam es gerade als Pat. entlassen werden sollte nach einem Schüttelforst zu einer Metastasenerkrankung im Gelenke, hier genügte bei einem chron. Prozess am Thorax, der jahrelang keine Erscheinung gemacht hatte der chirurgische Eingriff um ein Aufflammen der Krankheit zu veranlassen.— Hätte der vorgestellte Pat. die Stauung vertragen, so wäre das günstige Resultat auf Bier's Conto gegangen. Es war hier, was entschieden wichtig ist möglichst kurze Zeit tamponiert worden und neben der sehr frühzeitigen Vornahme der Gymnastik ist es wohl dem zu danken, dass die Funktion so schnell gut geworden ist.

P. 2. Dr. A. Berg hält seinen angekündigten Vortrag «Ueber Diagnostik der Harntrübungen».

Den Harntrübungen liegen verschiedene Ursachen zu Grunde, einmal ausfallende Salze, dann Beimengungen zelliger Elemente bes. Eiterkörperchen, ferner Sperma, Prostatasaft, Schleim und Bacterien.

Zwei Fragen sind zu beantworten: 1) Wodurch ist die Trübung bedingt? 2) woher stammen die die Trübung bedingenden Beimengungen?

Die erste Frage ist leicht zu entscheiden; man orientiert sich am schnellsten nach dem v. Ulzmann angegebenen Schema. Es werden die einschlägigen chemischen Reaktionen besprochen.

In Bezug auf den Schleim wird erwähnt, dass er nicht allein aus Mucin wie früher angenommen wurde, besteht, sondern zum grösseren Teil aus Nucleoalbumin, das überall dort auftritt, wo Zellen zu Grunde gehen und zwar aus den Kernen derselben. Je nach dem Ort des Zerfalls spricht man von einer Nucleoalbuminuria renalis vesicalis und urethralis. Es gibt auch eine physiolog. Nucleoalbuminurie, weil beim Stoffwechsel Zellen von den Schleimhäuten abgestossen werden und zu Grunde gehen.

Die Bezeichnung Phosphaturie wäre durch Alkalinurie zu ersetzen, da es sich nicht um eine vermehrte Ausscheidung von Phosphaten handelt, sondern um die Bildung eines alkal. Harnes in den Nieren, in dem die Phosphate ausfallen. Die diff. Diagnose zwischen Phosphaturie und Cystitis, deren klinische Symptome oft ähnlich sind, ist leicht zu stellen durch Zufügen von Essigsäure. Bei Cystitis bleibt die Trübung bestehen, während sie bei der Phosphaturie vollkommen verschwindet.

In der Praxis hat man es am häufigsten mit der Pyurie zu tun. Der Eiter kann aus der urethra ant., post, Blase, Nierenbecken und Niere stammen.

Um den Sitz der Eiterung festzustellen, bedient man sich zunächst der Thompson'schen 2 Gläserprobe. Ins erste Glas gelangen alle Verunreinigungen von Seiten der uretha, im 2 Glas erhalten wir den reinen Blasen- resp. Nierenharn. Zu Urinuntersuchungen auf Eiweiss ist der zweitgelassene zu benutzen.

Aus der 2 Gläserprobe können sichere diagnostische Schlüsse nur gezogen werden, wenn die I. Portion getrübt ist, dann stammt die Trübung entweder aus der ant. oder post; dieses wird durch die Probeirrigation festgestellt.

Ist der Urin in beiden Portionen trüb, dann kann daraus nur gefolgert werden, dass eiterhaltiger Urin aus der Blase entleert wurde; woher derselbe stammt, ob aus der Niere, Blase oder aus der pars post. urethr. durch Ueberfliessen in die Blase, das kann nur aus anderen Umständen erschlossen werden.

Bei trübem Urin in beiden Portionen kann eine urethritis acuta resp. subacuta part. post, Cystitis oder Pyelitis resp. Pyelonephritis vorliegen.

Am schwierigsten kann die diff. Diagn. zwischen chron. Pyelitis und chron. Cystitis werden. Das einzig konstante Symptom der Pyelitis ist der Eiter im Urin; weder haben wir bei derselben eine Polyurie noch eine Albuminuria vera zu erwarten. Wenngleich die Eiterabsonderung bei Pyelitis im Allgemeinen eine grössere sein wird wie bei der Cystitis, so wird der Albumingehalt doch stets der Eitermenge entsprechen. Charakteristische Nierenepithelien gibt es nicht, da nach den neueren histol. Untersuchungen das 3-schichtige Epithel des Nierenbeckens und der Blase einander gleichen.

Eine sichere diff. Diagn. ist nur möglich durch's Cystoskop und den Ureterenkatheter. Aushilfsweise kann man von anderen Methoden Gebrauch machen: Spült man nämlich die Blase rein aus und tritt bei Druck auf die Nieren trüber Urin aus dem Katheter, dann liegt Pyelitis vor. Oder lässt man nach der Säuberung der Blase den Katheter ca. 20 Minuten liegen und fliesst aus ihm trüber Harn, dann handelt es sich um Pyelitis.

Gelegentlich auftretende Schmerzen in der Nierengegend und Temperatursteigerungen wären für Pyelitis zu verwerten.

Per exclusionem wäre auch noch die Pyelitis zu erschliessen: bessert sich eine Cystitis bei rationeller Behandlung

nicht, ausgenommen sind Tuberkulose und maligne Tumoren der Blase, so hat man an Pyelitis zu denken.

Die diff. Diagn. zwischen chron. Cystitis und Pyelonephritis ist leichter, weil hier grösstenteils renale Symptome als Polyurie, Albuminuria vera, Cylindrurie und charakteristische Epithelien hinzukommen.

In Bezug auf Niereneiterungen kann man im Allgemeinen sagen, dass lang andauernde, abundante Eiterungen stets den Verdacht auf Nierenaffektion wachrufen müssen; oder klärt sich plötzlich ein trüber Harn um wieder trüb zu werden, so ist an Niereneiterung zu denken und zwar an eine einseitige, da dieses Phänomen durch Verstopfung des Ureters der kranken Niere erklärt wird.

Dr. Hampeln: Vortragender habe die relative Häufigkeit der Pyurie betont, das sei vom Standtpunkt seiner spezialist. Tätigkeit auch gewiss ganz richtig, im Allgemeinen aber in der nicht spez. Praxis überwiegen seiner Ansicht nach die mucinösen Trübungen des Harnes, denen man bei verheirateten Frauen ausserordentlich oft begegnet. Es sei das doch sehr zu beachten, da sich daraus schwere Leiden entwickeln könnten. Wichtig erscheine ihm darauf hinzuweisen, dass die Patienten selber ein Urteil über die Transparenz des Harnes gewinnen können, wenn sie sich gewöhnen den Harn in einem blanken Glase bei durchscheinendem Lichte zu beobachten.

Dr. Engelmann. In Bezug auf das Trübbleiben des Harnes über dem Sediment, beim Sedimentieren, ist zu bemerken, dass dieses Phänomen nicht als für Pyelitis an sich charakteristisch angesprochen kann. Bei alkalischem Harn findet es sich auch bei Cystitis, ist dagegen ein solcher Harn sauer so spricht dasselbe dafür, dass bereits die Niere in Mitleidenschaft gezogen ist und Polyurie besteht. Guyon nennt einen solchen Harn: Renalharn. Zu Stande kommt diese Erscheinung dadurch dass ein diluirter, schwach saurer Harn, der arm an Salzen ist, ebenso wie ein alkalischer, die Eiterkörperchen auflöst, wodurch die dauernde Trübung bedingt wird.

Auch in Bezug auf die von Dr. Hampeln erwähnten muzinösen Harntrübungen bei Frauen muss die Reaktion des Harnes in Betracht gezogen werden, da bei alkalischer Harnbeschaffenheit infolge Zersetzung der Eiterkörperchen eine muzinöse Trübung vorgetäuscht werden kann wo eitriger Katarrh besteht.

Dr. Poorten: in der gynäkologischen Praxis seien Harntrübungen entschieden sehr häufig, meist aber handele es sich um Beimengungen von Seite der vulva, sei es durch Schleim oder Epithelien, in der Blase sei der Harn klar, unbedingtes Erfordernis sei daher die Entleerung des Harnes zur Untersuchung mit dem Katheter. Man findet nicht selten bei Frauen bei Untersuchung des nicht durch Katheter entleerten Harnes starke Bakterienbeimengungen, die starke Blasenbeschwerden machen.

Dr. Hach schliesst sich letzterem Postulate voll an. Es käme bei Frauen oft zu Harntrübungen bei hartnäckiger Stuhlverhaltung, würde der geregelt so würde der Harn oft klar. Ein genaues Nachfragen über die Darmtätigkeit sei aber geboten, er habe einmal eruiert, dass unter regelmässiger Tätigkeit verstanden wurde, dass Patientin einmal in der Woche regelmässig Ausleerung habe.

Dr. Schabert: Der Vortrag Dr. Berg's sei dankenswert, weil er die sorgfältige Harnuntersuchung betone, nicht um Neues dem Erfahrenen auf diesem Gebiete zu bieten, sondern um alle Vertreter der einzelnen Spezialitäten der praktischen Medizin zu solchen Untersuchungen zu veranlassen. Leider sei es Erfahrung, dass auf diesem Gebiete viel Irrtümer unterlaufen, die doch leicht zu vermeiden seien. Im Sinne dieser Auffassung wolle er für die Bakteriurie ohne Pyurie und die Pyurie ohne Bakterien einige Hinweise geben, die nicht nur den urologischen Spezialisten interessieren dürften. Als Harnkranke seien ihm mehrfach Patienten zugewiesen worden, bei denen er als wesentlichstes Symptom eine bakterielle Trübung vorfand. Findet sich kein Hinweis auf eine Aetiologie im Bereich der Harnorgane, so ist ihm diese Bakteriurie, zumal bei Männern, immer als ein verdächtiges Zeichen einer okulten beginnenden noch nicht demaskierten Tabes erschienen. In vielen dieser Fälle, deren Beobachtung längere Zeit möglich war, erschienen dann auch hinter einander die übrigen klassischen Zeichen der Tabes, so dass die Bakteriurie als Korrelat der Detrusorlähmung eines der ersten Zeichen des versteckten Rückenmarksleidens aufgefasst werden muss.

Finde sich — abermals ohne die bekannte Aetiologie der Pyurie eine mikroorganismenfreie Eiterung in den Harnwegen besonders mit den einkernigen Lymphocyten, dann sei der Verdacht einer Tuberkulose der Harnwege immer im Auge zu behalten, auch wenn alle cystitischen Erscheinungen noch fehlen sollten. In diesen Fällen hätten sofort die bakteriologischen Untersuchungen einzusetzen. Dieser Standpunkt führe auf die möglichst grosse Zahl frühzeitig gestellter Diagnosen.

Die Angabe des Vortragenden, die Diagnose der Pyelitis nach einer gründlichen Waschung der Blase zu stellen, könne auch er empfehlen; sie sei ein Vorakt, der von jedem Praktiker ausgeführt werden könne, bevor etwa in zweifelhaften Fällen zur Cystoskopie gegriffen werden müsse und entscheide in vielen Fällen die Diagnose hinlänglich. E. von Bergmann habe diese Methode schon vor Jahrzehnten empfohlen.

Einwandsfreie Untersuchungen bei Frauen seien nur durch den Katheterismus zu erzielen und das wolle er hinzufügen, sofern der Harn gleich nach der Entnahme untersucht werde. Die prinzipielle Forderung nur den Katheterismus der Frauen gelten zu lassen, zur Feststellung einer Pyurie aus den eigentlichen Harnwegen, sei noch viel zu wenig betont und noch viel weniger geübt. Seiner Erfahrung nach weigern sich die Frauen nie, wenn der Ernst der Sache betont werde.

Dr. Hampeln: Gewiss schliesst der Katheterharn Verwechslungen mit Verunreinigungen aus. Der Katheterismus sei aber nicht die Conditio sine qua non einer Urteilsbildung über die Beschaffenheit des Harnes. Bei Beobachtung gewisser Vorsichtsmassregeln, sorgfältiger Reinigung oder auch Spülung unmittelbar vor der Harnentleerung könne man auch ohne Katheterismus zu einem sicheren Urteile über Mukosurie und Bakteriurie gelangen. Zudem sei der Katheterismus ausserhalb der Klinik und spezialistischer Sprechstunde durchaus nicht so leicht durchführbar, würde vielmehr auf den grössten Widerstand stossen.

Dr. Büttner: von der Phosphaturie sagte Vortragender, dass dieselbe auch bei lokalen Erkrankungen der Urogenitalorgane vorkäme. Sind solche Fälle bisher beobachtet worden? Es ist sehr schwer sich die Phosphaturie als Folge-Erkrankung einer Erkrankung an den Urogenitalorganen vorzustellen. Meist finden wir doch die Phosphaturie bei neuropatisch veranlagten Individuen. Wir dürfen sie wohl als eine Stoffwechselkrankheit ansehen, die ja wohl abhängig sein dürfte von nervösen Einflüssen.

Dr. A. Berg erwidert Dr. Poorten, dass neuerdings nach einem Berichte bei ganz klarem Urin, also ohne Eiterbeimengungen, cystitische Beschwerden bei Frauen beobachtet werden. Cystoskopisch lässt sich nur eine Injektion der Gefässe am Blasenfundus feststellen. Diese Zustände werden durch Lapisätzung gebessert. Was die Phosphaturie betrifft, so wäre das Auftreten bei Urethralerkrankung einmal zu erklären durch die häufig beobachtete Komplikation der Urethralaffektionen, namentlich des posterior mit Neurasthenie und dadurch bedingte Phosphaturie oder durch einen reflektorischen Reiz von Seiten der Urethralschleimhaut auf die Nierenepithelien, die dann einen alkalischen Harn herausarbeiten. Die Aetiologie der Phosphaturie ist noch eine unklare und unerforschte.

Dr. von Sengbusch,
d. Z. Sekretär.

Tagesnachrichten.

Personalia.

— Zum Prorektor der Odessaer Universität ist vom Konseil der von der Warschauer Universität nach Odessa übergeführte Kliniker Prof. Dr. A. Schtscherbakow gewählt worden. Prof. Schtscherbakow sind auch die Vorlesungen über spezielle Therapie an der Odessaer Universität übertragen worden. — Da das Amt des Rektors, wie wir in der vorigen Nr. meldeten, vom Minister der Volksaufklärung dem Kliniker Prof. Dr. Lewaschëw übertragen worden ist, so gehören jetzt die beiden Spitzen der Odessaer Universitätsverwaltung der medizinischen Fakultät an.

— Die Gesellschaft der Kinderärzte in St. Petersburg hat in ihrer vor kurzem stattgehabten Jahressitzung für das nächste Biennium zum Präses — das Ehrenmitglied der Gesellschaft Leibpädiator Dr. Rauchfuss, zum Vizepräses — Dr. M. Abelmann, zu Sekretären — die DDr. Konuches und Gerassimowitsch, zum Kassierer — Dr. Schoene und zum Bibliothekar — Dr. Blacher gewählt.

— Zum Nachfolger von Prof. Liebreich auf dem Lehrstuhl der Pharmakologie und Direktor des pharmakologischen Instituts an der Berliner Universität ist nicht, wie man wohl hätte annehmen können, sein langjähriger Assistent und Mitarbeiter Prof. Dr. Langgaard in Aussicht genommen, sondern der Prof. ord. der Pharmakologie Dr. Hans Meyer an der Wiener Universität. — Prof. Meyer war bekanntlich als Nachfolger Prof. R. Böhm's zwei Jahre (1882—1884) ausserordentlicher Professor an der Dorpater Universität, folgte aber einem Rufe nach Marburg,

wo er bis 1905 blieb, um dann die Leitung des Universitätsinstituts für experimentelle Pharmakologie in Wien zu übernehmen.

— Der bekannte französische Pathologe Prof. Dr. Cornil ist in den Ruhestand getreten. Zu seinem Nachfolger auf dem Lehrstuhl der pathologischen Anatomie ist von der Pariser medizinischen Fakultät an erster Stelle Dr. Pierre Marie und an zweiter — Dr. Letulle in Vorschlag gebracht worden.

— Von der internationalen Kommission zur Erforschung der professionellen Krankheiten, welche ihren Sitz in Mailand hat, ist, wie der «R. Wratsch» meldet, der Leibmedikus Dr. Leo Berthenson zum Mitgliede der Kommission für Russland gewählt worden.

— Um das Andenken des unlängst verstorbenen Sanitätsarztes der Fischereien in Astrachan Dr. Paul Cramer zu ehren, haben die dortigen Fischereiindustriellen beschlossen, beim Astrachanschen Gymnasium ein Stipendium auf seinen Namen zu stiften, das der Stipendiat auch beim Studium in einer höheren Lehranstalt weiter beziehen kann.— Dr. Cramer war ein aus Kurland stammender ehemaliger Jünger der Dorpater Universität, an welcher er 1873 die Doktorwürde erlangte. Während der Pest in Wetljanka 1879—80 war er dem Grafen Loris-Melikow zukommandiert, dann Oberarzt des Kollegiums der allg. Fürsorge in Astrachan und zuletzt Oberarzt der Fischereien daselbst.

Nekrologe:

— Dr. Karl Otto v. Renteln, dessen Ableben in Freiburg wir vor kurzem meldeten, war am 9. August 1853 zu Nowgorod als Sohn des Obersten Woldemar v. Renteln geboren, besuchte die Revaler Domschule und widmete sich dann von 1874—1882 dem Studium der Medizin an der Dorpater Universität, wo er der Korporation «Estonia» angehörte. Noch Student, machte er 1877/78 den russ.-türkischen Krieg als Ordinator am Dorpater Etappenlazarett mit. Nach Erlangung der Doktorwürde i. J. 1882 setzte er seine Studien in Wien und Strassburg fort und liess sich 1884 als freipraktizierender Arzt in St. Petersburg nieder, wo er bis 1891 zugleich ausseretatmässiger Ordinator an der St. Petersburger Entbindungsanstalt und viele Jahre auch Teilhaber einer privaten chirurgisch-gynäkologischen Klinik war. Seit 1890 fungierte er als Ordinator der gynäkologischen Abteilung und Substitut des Direktors des hiesigen Evangelischen Hospitals; daneben bewältigte er eine ausgebreitete, mit jedem Jahre zunehmende private Frauenpraxis, die seine Kräfte derart in Anspruch nahm, dass sich ein tückisches Lungenleiden entwickelte und er sich gezwungen sah, seine ärztliche Tätigkeit aufzugeben, um ein milderes Klima aufzusuchen. Doch — leider zu spät, und daher ohne den erhofften Erfolg! Dr. v. Renteln erfreute sich als Arzt wie als Mensch durch sein tüchtiges medizinisches Wissen und sein zuverlässiges Wesen des grössten Vertrauens und der Zuneigung seiner zahlreichen Patientinnen und aller derer, die zu ihm in Beziehung traten. Mit ihm ist eine gediegene, vornehme Natur dahingegangen, ein Mann, dessen nobler Charakter, ehrenhafte Gesinnung und liebenswürdiges Wesen von allen, die ihn kannten, hoch geschätzt wurde. Sein frühes Hinscheiden wird daher allgemein betrauert werden, doch die Erinnerung an ihn in weiten Kreisen noch lange fortleben.

— Verstorben sind: 1) Am 27. November in Odessa der Landschaftsarzt des Chersson schen Kreises Dr. Alexander Martemjanow im 35. Lebensjahre nach kaum 10-jähriger ärztlicher Tätigkeit, die er in den ersten Jahren in der Rylskschen Landschaft (Gouv. Kursk) ausübte. 2) In Radom der dortige Stadtarzt Dr. Wladislaw Papewski im Alter von 42 Jahren. Die Venia practicandi hatte er i. J. 1890 erlangt. 3) Am 14. November hieselbst die Aerztin E. Reinhardt im 40. Lebensjahre plötzlich in einem stenokardischen Anfalle. Die Verstorbene trat, nachdem sie die Kurse für barmherzige Schwestern an der Georgs-Gemeinschaft und in der Feldscherinnenschule am Roshdestwenski-Hospital durchgemacht hatte, im Jahre 1900 ins weibliche medizinische Institut ein, an welchem sie im Herbst 1906 den Arztgrad erlangte. Sie beschäftigte sich speziell mit der Anatomie in dem anatomischen Institut des weiblichen med. Instituts und veröffentlichte auch eine Arbeit «Ueber den Ansatz der Mm. lumbricales an der Hand des Menschen» im «Anatom. Anzeiger». 4) Am 22. Dezember n. St. in Berlin der Nestor der deutschen Laryngologen und älteste Dozent der berliner medizinischen Fakultät Prof. Dr. Adalbert v. Tobold nach kurzem Krankenlager. Vor kaum 4 Wochen konnte er noch seinen 80. Geburtstag feiern; damals haben wir (cfr. Nr. 44, S. 425 dies. Wochenschr.) auch seine Bedeutung und seine Verdienste um die Laryngologie eingehend gewürdigt und verweisen daher auf unsere damaligen Mitteilungen. Prof. v. Tobold war die Freude beschieden, das von ihm erschlossene Gebiet der Heilkunst zu hoher Blüte sich entfalten zu sehen und die Anerkennung zu erleben, dass die Wege, die er der Laryngologie gewiesen, von zahlreichen Fachgenossen betreten wurden.

Von Universitäten und medizinischen Instituten.

— Der diesjährige (105.) Stiftungstag der Universität Dorpat ist am Sitz der Universität nicht mit dem üblichen Festakt begangen worden. Die Türen der Aula, schreibt die «Nordl. Ztg»., welche sonst sich weit zum Ehrentage der Universität öffneten, waren am 12. Dezember geschlossen — geschlossen auf einen überraschenden plötzlichen Beschluss der grossen Mehrheit der Universitätslehrerschaft. Freilich trifft eigentlich der Schlag, der mit der Schliessung der Aula geführt wurde, nicht diejenige Universität, welcher unsere dankbare Verehrung gilt, sondern die einst von einem Budilowitsch und der Staatsraison gegen Ausgang des vorigen Jahrhunderts russifizierte Universität Jurjew. Dass auch an den übrigen Universitäten des Reiches eine Aktusfeier in den letzten Jahren nicht stattgefunden hat, ist nur ein schwacher Trost; diese Tatsache zeigt allenfalls, dass auch die Dorpater Universität bei dem einst von Budilowitsch angestrebten Ideale angelangt ist, nämlich auf demselben Niveau akademischer Ordnung, wie alle übrigen russischen Universitäten. In dieser Beziehung ist das Preisgeben der Aktusfeier ein trauriges Zeichen der Schwäche des derzeitigen gesamten russischen Unterrichtswesens — jener Konfliktsscheu und unentschlossenen Ratlosigkeit, die nur vorsichtig darnach ausschaut, auf welchem Wege man am sichersten um missliebige Zwischenfälle herumkommt, und die nicht die Kraft aufkommen lässt, das Rechte um des Rechten willen zu tun! . . .

Wenn auch von einer offiziellen Feier abgesehen worden war, so hatten sich doch am Abend dieses Tages viele aktive Mitglieder des Chargiertenkonvents, viele Philister der alten Universität und Professoren im Konventsquartier der präsidierenden Korporation «Livonia» eingefunden, um in althergebrachter Weise den Stiftungstag der alma mater Dorpatensis zu begehen. In der Zahl der Anwesenden befanden sich auch die diesjährigen Laureati, unter denen sich auch diesmal nicht wenige Mitglieder des Chargiertenkonvents und zwei Söhne Dorpats befinden. Leider war in der medizinischen Fakultät für keine einzige der gestellten 6 Aufgaben eine Bearbeitung eingelaufen.

Verschiedene Mitteilungen.

— Vom 19.—23. Dezember tagte hieselbst der Allrussische Chirurgenkongress im Pirogowmuseum. Eröffnet wurde derselbe durch den Präses des Organisationskomitees Prof. Dr. Fedorow, worauf zum Präsidenten des Kongresses der Moskauer Chirurg Prof. Dr. P. Diakonow, zum Vizepräsidenten Dr. Smirnow und zum Sekretär Dr. Münz gewählt wurde. Die Zahl der Teilnehmer am Kongress betrug mehr als 160; namentlich hatten sich viele Professoren der Chirurgie eingefunden, darunter auch Prof. Dr. Zoege v. Manteuffel aus Dorpat, der über Gefässverletzungen im letzten russisch-japanischen Kriege berichtete. Der Kongress schloss mit einem kameradschaftlichen Diner im Offizierskasino.

— Die Cholera ist im Erlöschen begriffen. Die Gouvernements Samara, Saratow, Poltawa, Podolien, Mohilew, Minsk, Ljublin, Kursk und Wolhynien sind für cholerafrei erklärt worden. **Bf.**

✦ Nächste Sitzung des Vereins St. Petersb. Aerzte: Dienstag, d. 8. Jan. 1908.

(Jahressitzung).

Tagesordnung: Masing: Ueber Tuberkulose (Präsidialvortrag).
Jahresberichte der Sekretäre und des Kassierers.
Wahlen.

Diejenigen Mitglieder, die noch keinen Fragebogen für das biographische Album erhalten haben, werden ersucht, sich zur Erlangung eines solchen an den Präses zu wenden.

Entgegennahme der Mitgliedsbeiträge.

✦ Nächste Sitzung des Deutschen ärztlichen Vereins: Montag, d. 14. Jan. 1908.

Tagesordnung: Westphalen: Ueber die Dauerresultate der Therapie des Ulcus ventriculi.

ANNONCEN JEDER ART werden in der Buchhandlung von K. L. RICKER in St. Petersburg, Nevsky-Pr. 14, sowie in allen in- und ausländ. Annoncen-Comptoiren angenommen.

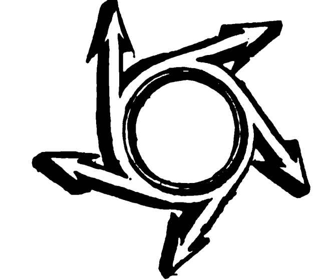


LANOLINUM PURISSIMUM «LIEBREICH»

Pharm. Ross.

in bekannter absoluter Reinheit und unübertroffener Qualität.

103) 52—29.

Marke  **„Pfeilring".**

Vereinigte Chemische Werke Aktiengesellschaft

Charlottenburg.



Der Chlormethylmenthyläther ($C_{10}H_{19}OCH_2Cl$), für den wir die kurze Bezeichnung

FORMAN

gewählt haben, zeigt nach mehrjährigen Versuchen, die von verschiedenen bedeutenden Klinikern angestellt worden sind, gegen Schnupfen ganz ausgezeichnete Wirkung. So wurden in verschiedenen Fällen leichte Schnupfenattacken binnen 24 Stunden vollständig beseitigt und weiter vorgeschrittener Schnupfen in seiner Dauer wesentlich abgekürzt. Katarrhalische Affektionen des Nasenrachenraumes wurden in günstigster Weise beeinflusst und besonders ungestörte Nachtruhe erzielt, akute Bronchitis in verschiedenen Fällen gebessert.

Auf der 73. Versammlung Deutscher Naturforscher und Aerzte in Hamburg wurde über Forman eingehend referiert. Das Forman spaltet sich in Berührung mit feuchter Luft oder rascher mit warmen Wasser in seine Komponenten, Menthol, Formaldehyd und Salzsäure. Die beiden erstgenannten Stoffe verflüchtigen sich in statu nascendi mit den Wasserdämpfen und gelangen so in die Luftwege, während die minimale Spur von Salzsäure durch die stets vorhandene Feuchtigkeit absorbiert und unschädlich gemacht wird. Vortragender verlangt von einem Schnupfenmittel, dass es gasförmig, reizlos und leicht dosierbar sei, sowie in bequem anzuwendender Form zur Darreichung gelange. Diesen Anforderungen entspricht das Forman vollkommen, und der Referent hält dasselbe für ein geradezu ideales Schnupfenmittel.

Der Effekt desselben tritt um so prompter ein, je früher das Mitel angewandt wird, d. h. bei den ersten Zeicheu des beginnenden Schnupfens. Es besitzt als koupierendes und bei Influenza und Heufieber-Zeiten auch als vorbeugendes Mittel ganz hervorragende Bedeutung. Das Forman unterdrückt und mildert nicht nur die Coryza, sondern erleichtert auch bei Nasen-, Rachen- und Kehlkopf-Katarrhen, sowie bei gewissen Bronchitiden die Beschwerden ausserordentlich.

Mit Forman getränkte Watte wird als Schnupfenwatte in den Handel gebracht und ist sehr einfach anzuwenden. Sie wird, zu kleinen Kügelchen geballt, in die vordere Nasenhöhlung eingeführt. Die sich entwickelnden Dämpfe bestreichen beim Atmen die entzündeten Teile des Nasenrachenraumes und wirken sofort lindernd und befreiend. Man wiederholt die Einführung der Watte nach Bedarf stündlich oder ½-stündlich, bei weniger schweren Fällen nur 2—3 mal am Tage. Bei rechtzeitiger Anwendung ist der Erfolg prompt und sicher.

Preis pro Dose Formanwatte in den Apotheken 25 Kop.

Probemengen und Literatur bereitwilligst kostenfrei.

Dresdener Chemisches Laboratorium Lingner,
Dresden.

Scharlach-Serum

innerlich zu reichen.
„Scarlatin Marpmann" Nr. 1 zur Vorbeugung
„ Nr. 2 zur Heilung
zu Rbl. 2.50 Kop. pro Flasche ist in den Apotheken zu haben.
Niederlage für St. Petersburg bei *K. A. Krentzien,*
Sergiewskaja, 3. Telephon Nr. 53-30.
Hauptniederlage beim Generalvertreter für Russland:
K. A. Jung, Moskau, Sadowniki, Haus Priwalow.

Bordighera (Riviera Ponente)

Dr. Paul Hänel,

im Sommer in **Bad Nauheim,**

praktiziert wie früher.

SPEZIALPRÄPARATE MARKE „ROCHE“

Asterol
Thigenol
Thigenolseife
Sulfosotsirup
Sirolin

Digalen

Haltbare Lösung in Originalflac. von 15 ccm. (1 ccm. Lösung = 0,3 mgr. Digitox. sol. Cloetta).
Anwendung: per os, per rectum, subcutan, intravenös und intramusculär. Keine Cumulativwirkung. Kein Latenzzustand.

Arsylin

Elweisspräparat.
Enthält Phosphor und Arsen in entgifteter Form.

Thiocol

Guajacolderivat. Antituberkulöse Wirkung experimentell und klinisch festgestellt.
Völlige Löslichkeit, absolute Geruchlosigkeit, gänzliche Reizlosigkeit, grosse Resorbierbarkeit.
Thiocoltabletten 0,5 gr.

Airol

Geruchloser ungiftiger Ersatz des Jodoforms.

Aneson
Protylin
Brom-Protylin
Eisen-Protylin
pulv. & tabl.

Muster und Literatur zur Verfügung.

F. HOFFMANN-LA ROCHE & Cie, BASEL (SCHWEIZ), GRENZACH (BADEN)

ANSTALT FÜR WARME BAEDER

VICHY ETAT

VICHY

VICHY ETAT

Eigenthum der Französischen Regierung. (34) 24—18.

BADE-SAISON.

In der Anstalt VICHY, der besteingerichteten in ganz Europa, sind vorhanden Bäder und Douchen zur Heilung von Magen-, Leber-, Harnblasen-, Harnsalz-, Podagra und anderen Krankheiten.

Täglich vom 15. Mai bis zum 30. September Theater und Concerte im Casino. Musik im Park. Lesecabinetts. Gastzimmer für Damen, Spiel-, Sprechsäle und Billards. Alle Eisenbahnlinien sind mit VICHY verbunden. Frankreich, Departement Allier.

PERTUSSIN

Extract. Thymi saccharat. Taeschner.

ges. gesch. Einfuhr von der russ. Behörde gestattet.

Unschädliches, sicher wirkendes Mittel gegen:

Keuchhusten, Kehlkopf- und Bronchialkatarrh.

Literatur in hervorrag. Blättern Deutschlands u. Oesterreich-Ungarns.

Aerztliche Gutachten:

Prof. Dr. Ernst Fischer *(Strassburg)*:
Die Wirkung des „Pertussin“ war eine überraschende; wenngleich ich nicht gerade sagen kann, dass der Keuchhusten sich in einigen Tagen in einen einfachen Katarrh verwandelte, so wurden die Anfälle so milde, der Schleim so locker, dass das Erschreckende des Keuchhustens, das Blauwerden und die drohende Erstickung, vollständig wegfielen.

Dr. Model, kgl. Bezirksarzt a. D. *(Weissenburg)*:
Nach dem Gebrauch des Pertussin war es mir beim Erwachen plötzlich, als athmete ich die freie herrliche Luft auf einem Alpen-Gipfel. Diese Leichtathmigkeit fiel mir besonders auf, der ich infolge langjähriger Bronchialkatarrhe an merklichem Emphysem leide.

Dr. Alfred Müller *(Neuhausen)*:
Mein Urtheil geht dahin, dass das Pertussin ein Mittel ist, das in kürzester Zeit den mit Recht so gefürchteten Keuchhusten in einen ungefährlichen und fast unmerkbaren Bronchialkatarrh überzuführen vermag. Ich kenne zur Zeit kein anderes Mittel, welches sich des gleichen Vorzuges rühmen dürfte.

Dr. Erich R. von Matzner *(Birkfeld, Steierm.)*:
Die drei mit Pertussin behandelten Bronchitiden, davon zwei bei Kindern, zählten zu den schwersten Formen und jedesmal erwies sich Ihr Präparat als von ausgezeichneter Wirkung; der starke Hustenreiz nahm in wenigen Stunden bereits ab und die Secretion begann sich bald zu verringern, die Temperatur fiel ab.

Verkauf nur durch die Apotheken, sowie durch folgende Engros-Depôts:
H. Bierstümpfel, Apotheker, Warschau, Marszalkowska 136. **Ad. Marcinczik,** Apotheker, Kiew. **Paul Seebode,** Apotheker, Riga, Kalkstr. 26. **B. Schaskolsky,** Petersburg, **Carl Ferrein,** Moskau.

Hergestellt in der Kommandanten-Apotheke E. Taeschner, Berlin C. 19, Seydelstrasse 16. (63) 0—22.

Das Krankenutensilienlager des St. Petersburger Samariter-Vereins.

Maximilianowsky Pereulok, 11.

verleiht auf Empfehlung eines Arztes oder eines Mitgliedes des Vereins alle zur Krankenpflege notwendigen Gegenstände wie: Rollstühle, Wassermatratzen, Tragbahren, Krücken, Wannen, Eisbeutel, Irrigatore etc.

Das Lager ist täglich v. 10 bis 5 Uhr (an Sonntagen v. 12 bis 2) geöffnet.

Die Verwalterin ist Dienstags und Freitags v. 2—3 Uhr daselbst zu sprechen.

Adressen von Krankenpflegerinnen:

Frl. **Pauline Winkel,** Конногвардейскій переулокъ 4, кв. 2.

Gertrud Gensz, Казанская ул., д. 11, кв. 20.

Charlotte Holstein, Казанская ул., д. 11, кв. 20.

Herausgeber Dr. Rudolf Wanach. Buchdruckerei v. A. Wienecke Katharinenhofer Pr. № 15.

Revue der Russischen Medizinischen Zeitschriften.

№ 1 und 2. Beilage zur „St. Petersburger Medizinischen Wochenschrift". 1907.

RUSSISCHE MEDIZINISCHE ZEITSCHRIFTEN.

Chirurgija (Chirurgie).
Detskaja Medizina (Kinderheilkunde).
Medizinskoje obosrenje (Medizinische Rundschau).
Medizinskija pribawlenija k morskomu sborniku (Medizinische Beilagen zum Marine-Archiv).
Odontologitscheskoje obosrenje (Odontologische Rundschau).
Obosrenje psichiatrii, newrologii i experimentalnoi psichologii (Rundschau für Psychiatrie, Neurologie u. experimentelle Psychologie).
Pharmazewt (Pharmazeut).
Praktitscheski Wratsch (Praktischer Arzt).
Russki Wratsch (Russischer Arzt).
Russki chirurgitscheski archiw (Russisches Archiv für Chirurgie).
Russki medizinski Westnik (Russische medizinische Zeitschrift).
Russki shurnal koshnych i veneritscheskich bolesnei (Journal für Haut- und venerische Krankheiten).
Shurnal akuscherstwa i shenskich bolesnei (Journal für Geburtshilfe und Frauenkrankheiten).
Shurnal obschtschestwa russkich wratschei w pamjat Pirogowa (Journal russischer Aerzte zum Andenken an Pirogow).
Shurnal russkawo obschtschestwa ochranenija narodnawo sdrawija (Journal der Ges. zur Erhaltung der Volkswohlfahrt).
Ssowremennaja Medizina (Moderne Medizin).
Ssowremennaja Therapija (Moderne Therapie).
Westnik duschewnych bolesnei (Zeitschrift für Geisteskrankheiten).
Westnik oftalmologii (Zeitschrift für Ophthalmologie).
Wojenno-medizinski Shurnal. (Militär-Medizinisches Journal).
Wratschebnaja gaseta (Aerzte-Zeitung).
Wratschebny westnik (Zeitschrift für Aerzte).

Medizinskoje Obosrenje (Medizinische Rundschau) Band LXV. Nr. 7—12. 1906.

P. Nikolski: «Die akute gelbe Leberatrophie während der sekundären Periode der Syphilis». (Nr. 7).

In der Literatur sind die Angaben über die akute gelbe Leberatrophie bei Syphilis recht spärlich zu finden. Richter hat 39 Fälle zusammengebracht und dazu 2 Fälle eigner Beobachtung hinzugefügt. Nikolski erbringt noch 4 Krankengeschichten aus der Literatur:

Ausserdem teilt Nikolski noch die Krankengeschichte eines Falles mit, welchen zu beobachten er selbst Gelegenheit hatte. Die Schlüsse welche Verf. aus der Zusammenstellung aller Beobachtungen herleitet, sind folgende: in gewissen Fällen von akuter gelber Leberatrophie spielt die Syphilis eine Rolle als aetiologisches Moment. Meist entwickelt sich die akute gelbe Leberatrophie zur Zeit der ersten syphilitischen Allgemeinerscheinungen. Die antiluetische Kur hatte keinen Einfluss auf die Erkrankung der Leber.

S. Bogrow: «Beobachtungen zur Frage der klinischen Bedeutung der Gabritschewski'schen Reaktion». (Nr. 7).

Nach Gabritschewski (Berl. kl. Woch. Nr. 21. 1902) können einige reduzierende Substanzen, wie Pepton, Menschenharn, Harnsäure, Alloxantin, Alloxan, Pyrokatechin, Hydrochinon, Guajakol, Hydroxylamin, Hydrazin, Schwefelwasserstoff, schwefligsaures Natrium, Tioessigsäure, Merkaptan und andere Verbindungen, welche die Sulfhydrilgruppe (HS) enthalten, leicht daran erkannt werden, dass sie die Jodsäure (HJO_3) zerlegen, wobei Jod ausgeschieden wird. Verf. hat am Harn von verschiedenen Kranken Kontrollprüfungen dieser Reaktion vorgenommen, welche ergaben, dass die Bestimmung der relativen Harnsäuremenge das Einzige sei, was in klinischer Beziehung an der Reaktion vielleicht von Bedeutung sein könnte.

B. Drobnow: «Die Syphilis der Vorsteherdrüse». (Nr. 7).

Verf. teilt einen der recht selten vorkommenden Fälle von gummöser Erkrankung der Vorsteherdrüse mit, welcher mittels einer Quecksilberkur geheilt wurde.

J. Spisharni: «Pharyngotomia suprahyoidea». (Nr. 8).

Verf. hat einen Fall von Fibrosarkom des Rachens operiert und sich dabei des von Jeremitsch, im Jahre 1895 vorgeschlagenen Schnittes bedient, welcher über dem Zungenbein parallel demselben verläuft. Spisharni ist mit diesem Operationswege sehr zufrieden. Schlund und Zungenwurzel werden sehr bequem zugänglich und keinerlei wichtige Organe laufen Gefahr verletzt zu werden.

W. Bogaljubow: «Zur Frage der partiellen und der totalen Exstirpation der Harnblase bei malignen Tumoren». (Nr. 8).

Verf. referiert über 2 von Rasumowski operierte Fälle, bei denen ³/₄ der Blase reseziert wurde. Ein Fall ging an Peritonitis zu Grunde, der andere in Folge von Rezidiven und Pyelonephritis. Die in der Literatur gesammelten Fälle und diese zwei Fälle beweisen, dass das Resultat dieser Operation meist ein trauriges ist. Nur im Anfangsstadium einer Blasenneubildung, sei eine Radikaloperation angezeigt.

N. Jakunin: «Zur Kasuistik der chirurgischen Behandlung von Neuralgie des Nervus Trigeminus». (Nr. 8).

W. Wersilow: «Ein Fall von hysterischer Lähmung des Nervus Facialis». (Nr. 8).

E. Marzinowski: «Spirochaete pallida und die Syphilis». (Nr. 9).

M. hat 10 frische Syphilisfälle untersucht. In 9 Fällen fanden sich Spirochaeten, nur in einem Fall von unzweifelhafter Syphilis liessen sich keine Spirochaeten nachweisen. Verf. weist darauf hin, dass bei der grossen Zahl verschiedener Spirochaeten, die Möglichkeit von Irrtümern bei der Diagnose der Syphilis nahe liegt.

A. Ssemjannikow: «Zur Frage über Massnahmen im Kampfe gegen die Pest». (Nr. 9).

J. Rachmanow: «Ein Fall von Herpes zoster ophtalmicus bei einem Kinde». (Nr. 10).

J. Rachmanow: «Tod an Chorea».

Zwei Chorea Fälle mit tödlichem Ausgang.

W. Woltke: «Zur Anwendung des Thiosinamin».

Woltke hat in 2 Fällen das Thiosinamin in Anwendung gebracht. Das Resultat war, besonders in einem Fall, bei welchem es sich um eine strahlenförmige breite Narbe der Ellenbogenbeuge handelte, ein sehr befriedigendes. Da Verf. das von Mendel beschriebene Fibrolysin, welches eine Verbindung von Thiosinamin und Natr. salicylicum ist, nicht zu Gebote stand, so injizierte er Thiosinamin und Natr. salicylicum aa, wodurch die Injektionen völlig schmerzlos wurden, was bei Anwendung von Thiosinamin nicht der Fall war. Nebenerscheinungen, wie sie von Brinitzer beschrieben werden, hat Verf. nicht beobachtet.

A. Annfriew: «Einige Worte über die schädliche Wirkung des Kampfers». (Nr. 10).

Allgemein bekannt ist die Notwendigkeit der Anwendung von Exzitantien, wie Koffein, Kampfer, Aether, Moschus etc.

in schweren Krankheitsfällen; dass aber speziell der Kampfer, in gewissen pathologischen Fällen, mit grosser Vorsicht angewandt werden muss, in vielen Fällen dagegen direkt kontraindiziert ist, wird, nach Ansicht Anufriew's, in der Literatur nicht genügend hervorgehoben. Nachdem Verf. wiederholt mit Kampfer schlechte Erfahrungen gemacht hat, ist er zu der Ueberzeugung gelangt, dass bei kachektischen Prozessen Kampfer unbedingt von schädlicher Wirkung ist. Eine Bestätigung seiner Ansicht fand Verf. in der Arbeit von Happich (Zentralblatt für Gyn. Nr. 52, 1905).

L. Golubkin: «Ueber die Behandlung der Leukämie mit Röntgenstrahlen». (Nr. 11).

Verf. teilt seine Erfahrungen mit, die er im Laufe von 1½ Jahren in der Moskauer Universitätsklinik in Bezug auf Röntgenbehandlung der Leukämie gesammelt hat. Nach Besprechung mehrer Krankengeschichten kommt Verf. zu dem Schluss, dass die Röntgentherapie wohl eine bemerkbare, jedoch nur vorübergehende Besserung der Leukämie zu bewirken vermag.

L. Lewschin: «Ueber einige, in neuerer Zeit vorgeschlagene, Geschosse und ihre Bedeutung bei Verwundungen». (Nr. 17).

Nach Erwähnung der wichtigsten ballistischen Gesetze, schildert Verf. die Hauptgesichtspunkte welche bei der Konstruktion von Geschossen in Frage kommen. In Betreff der 7 von Kablukow in Heft 5 dieser Rundschau publizierten Fälle von Schussverletzungen der Röhrenknochen, ist Verf. der Ansicht, dass die runde Oeffnung ohne Kontinuitätstrennung der Diaphyse dadurch zu Stande kommt, dass das stark rotierende Projektil wie ein Drillbohrer wirkt. Ferner beschreibt Verf. die «Schimose» genannten Granaten der japanischen Feldgeschütze und die von E. von Essen vorgeschlagenen Schrapnells. Im Allgemeinen sind die, durch Schrapnells und Granatsplitter verursachten Verwundungen viel schwerer, als die Verwundungen durch die Gewehrkugel.

A. Morkowitin: «Hernia inguinalis appendicularis und Oxyuris vermicularis». (Nr. 12).

Ein Fall von Hernia ing. append, bei welchem der Appendix Oxyuren, also lebende Fremdkörper, enthielt.

W. Iwanow: «Ueber die sogenannte Hodgkin'sche Krankheit». (Nr. 12).

Die Krankengeschichte eines Falles, der im Anatomicum der Moskauer Universitätsklinik zur Sektion kam.

W. Woltke: «Ein Fall von Situs viscerum inversus». (Nr. 12).

Th. Prawossud: «Ein Fall von Hemizephalie». (Nr. 12).

Mickwitz.

Russki Wratsch (russischer Arzt). NNr. 26—36. 1906.

N. Berestnew: «Die Pestepidemie in der Kirgisensteppe 1905—1906». (Nr. 26).

B. Finkelstein: Zur Frage über die Exstirpation krebsiger Geschwülste des Magens und der Därme». (Nr. 26).

Beschreibung je eines Falles von Karzinoma Colonis ascendentis und Karzinoma pylori.

In beiden ist auffallend die relative Gutartigkeit der Geschwülste, welche nach Angaben der Kranken sich sehr langsam entwickelten und abgesehen davon, dass sie lange im Körper getragen wurden, doch keine Metastasen gegeben hatten, bei der ersten Kranken war sogar nicht einmal eine Kachexie zu konstatieren. Da keine Verwachsungen vorhanden waren und dank dem guten Allgemeinzustande der Kranken bot die Operation keine Schwierigkeiten und der Verlauf war ein durchaus befriedigender.

J. Gabrilowitsch: «Die Behandlung der Schwindsucht mit Tuberkulin». (Nr. 26).

Der Behandlung mit Koch'schen Tuberkulin wurden 20 Kranke — 15 Männer und 5 Frauen — unterzogen. Bei sachverständiger Anwendung und entsprechenden Vorsichtsmassregeln sind die Einspritzungen völlig gefahrlos, haben aber nur Erfolg bei Kranken mit normaler Temperatur oder geringem Fieber bis 38°. Der Grad des Hustens oder die Menge des Sputums sind keine Kontraindikationen. Beim Fehlen von Bazillen dient die reaktive Temperaturerhöhung als Beweis für bestehende Phthisis und das Tuberkulin ist nicht nur bei Affektion der Spitzen, sondern auch bei grösseren Gewebsveränderungen, auch sogar bei Kavernen, anzuwenden. Die Zahl der Einspritzungen hängt nicht nur vom Grade der reaktiven Erscheinungen, sondern auch vom Allgemeinzustand des Kranken und von seinem Gewichte ab. Die Anfangsdosen sind vorsichtshalber zu beschränken und zwar nicht unter $^1/_{100}$ Mlgr. und nicht über $^1/_{10}$ Mlgr. Je nach dem Zustande der Lungen und des Organismus ist die Behandlung von 2 Monaten bis zu ½ Jahre fortzusetzen.

Eine Reaktion erhält man in 85 pCt. sämmtlicher Fälle, auf kleine Dosen in 50 pCt., auf mittlere in 25 pCt., auf grosse in nur 10 pCt.; garnicht reagierten 15 pCt. Von den registrierten Kranken hatten Temperatursteigerungen bis 38° 47 pCt., bis 39° 47 pCt. und nur 6 pCt. über 39°. Auf den Husten wirkt das Tuberkulin ausgezeichnet; 3 pCt. hörten vollständig auf zu husten und bei 70 pCt. wurde derselbe bedeutend geringer. Dasselbe kann man vom Sputum sagen. Besonders auffallend ist die Abnahme der Koch'schen Bazillen, in 60 pCt. verschwanden sie sogar vollständig. Der lokale Prozess wird auch deutlich beeinflusst. Die katarrhalischen Erscheinungen schwanden vollständig in 75 pCt., und in den anderen Fällen wurden sie bedeutend geringer; die Verdichtung nahm in 65 pCt. ab. Auf den Allgemeinzustand wirkt das Tuberkulin günstig, da alle Kranke an Gewicht zunahmen. Die Behandlung im Sanatorium allein ohne Tuberkulin kann nicht solche Resultate geben in verhältnissmässig so kurzer Zeit; auch in der Privatpraxis kann man mit ihm günstige Erfolge erzielen.

S. Pechow und N. Akimow: «Ein Fall von Fünflingsschwangerschaft». (Nr. 26).

Diese Schwangerschaft war die 6. Die Kinder — alle Knaben — wurden lebend geboren und waren fast ausgetragen, nur sehr mager. Die Körperlänge war bei dreien 37 ct., bei den anderen 34 und 32 ct., Kopfumfang 26½ ct. Das Gewicht aller zusammen 12 Pfund. Sie lebten von 3—39 Stunden, alle schrieen, wenngleich mit schwacher Stimme.

A. Mankowski: «Eine Methode der Herstellung einer Serie dicker makroskopischer Schnitte aus dem ganzen Gehirn des Menschen auf dem Mikrotom Marchi. Die Konservierung der Schnitte als Dauerpräparate nach Einbettung in Gelatin mit Formalin». (Nr. 27).

W. Wnukow: «Zwei Fälle akuter diffuser Perforationsperitonitis geheilt durch Laparotomie» (Nr. 27).

Beide Kranke, operiert von Prof. Fedorow, genasen. W. ist ebenfalls der Meinung, dass man bei diffuser Peritonitis operieren soll und zwar so früh als möglich nach Erkrankung des Bauchfells oder Verletzung des Leibes, da in den ersten Stunden oder Tagen nach der Verletzung man am meisten Chancen hat das Peritoneum nur katarrhalisch verändert vorzufinden.

Th. Hausmann: «Ueber die Palpation des Appendix und die diagnostische Bedeutung derselben bei chronischen Appendicitis». (Nr. 27).

H. benutzt zur Bestimmung der topographischen Lage der Teile des Darmtraktus ausschliesslich die Palpation. Er zieht dieselbe unbedingt der Aufblähung vor und benutzt letztere nur zur Feststellung der Lage der Flexura sigmoidea, wo solche sich nicht herauspalpieren lässt. Eine Aufblähung führt auch dort zu keinem Resultat, wo sachverständige Palpation im Stiche lässt.

W. Bialowsheski: «2 Fälle von Verwachsungen nach Verbrennungen». (Nr. 27).

In einem Falle handelte es sich um Angewachsensein des rechten Unterarmes an den Brustkorb und zwar so, dass nur ein Teil des Ellenbogens und die Hand frei waren; im anderen Falle war der linke Oberarm angewachsen. Operation, Heilung.

W. Klimenko: «Zur Frage über das Antisyphilisserum von Lisle». (Nr. 28).

In 3 zur Untersuchung gelangten Fläschchen des Lisle-schen Serums fand sich eine Reinkultur eines Stäbchens, welches sich in verschiedener Hinsicht vom Lisle'schen und Sullien'schen Stäbchen unterschied. Versuche an Tieren ergaben, dass es vollständig unschädlich war. K. bezeichnet dasselbe als bacillus flavo-aurantiacus sporogenes.

A. Feldt «Ueber das Marmorek'sche Antituberkuloseserum». (Nr. 28).

Das Marmorek'sche Serum wurde in 20 Fällen angewandt In 10 Fällen war eine Besserung zu konstatieren, bei 5 Kranken war das Resultat ein negatives, auch können sie nicht zur Statistik benutzt werden, da weniger wie 5 Einspritzungen gemacht wurden. Von den übrigen 5 litten ausser an einer Lungenaffektion noch 2 an Darmtuberkulose, einer an ausgebreiteten tuberkulösen Geschwüren des Rachens und Gaumens und einer an Emphysem mit chronischer Bronchitis. Nur die letzte Kranke dieser Gruppe litt an Phthisis im 2-ten Stadium, und trotz 8 Einspritzungen verbreitete sich der Prozess hartnäckig.

G. Baradulin: «Einige Veränderungen des Blutes bei Kranken mit Magenkrebs. (Verdauungsleukozytose)». (Nr. 28).

Auf Grund seiner Untersuchungen kommt B. zum Resultat dass bei der Differentialdiagnose zwischen Magenkarzinom. und Ulkus ventriculi die Bestimmung der Verdauungsleukozytose von grosser Wichtigkeit ist, da sie beim Ulkus immer beobachtet wird, wie schon Schneyer gezeigt hat.

A. Slatowerow: «Die Verkrümmung der Nasenscheidewand und ihre Bedeutung für den Organismus. Die operative Behandlung derselben». (Nr. 28).

S. wandte in den letzten Jehren prinzipiell die Methode von Hartmann-Petersen an, welche von Kilian vervollkommt worden ist und nur in seltenen Fällen war er gezwungen nach Krieg zu operieren. Im Ganzen wurden auf diese Weise 60 Kranke behandelt, von denen in Kürze 10 Krankengeschichten mitgetheilt worden, um die Beziehungen zwischen der Verkrümmung der Nasenscheidewand zu den übrigen Erscheinungen zu illustrieren und den wohltuenden Einfluss der Operation zu zeigen, der in höherem oder geringerem Grade bei allen Kranken zu konstatieren war.

Th. Janowski: «Ein Versuch der Klassifikation der ärztlichen Massnahmen bei der Behandlung innerer Krankheiten». (Nr. 29).

W. Orlow: «Zur Kasuistik der Fälle von Entzündung und Vereiterung der Pseudomyzinkystome in der Nachgeburtsperiode mit ihren Folgen». (Nr. 29).

Die entfernte Geschwulst wog 3000 gr, Auf dem Durchschnitt bestand dieselbe durchweg aus kleinen Höhlen, welche eine schleimige Flüssigkeit enthielten. Nur eine Höhle, deren Wand mit dem Bauchfell verwachsen war, enthielt Eiter. Nach Angaben der Patientin hatte sich nach der vorletzten Geburt welche glücklich abgelaufen war, im langdauernden und fieberhaften Wochenbett unterhalb des Nabels eine Oeffnung gebildet, aus der sich Eiter in grosser Menge entleert hatte.

Bei der Operation konnte konstatiert werden. dass eine Stieltorsion nicht vorlag, es musste also der Grund zur Vereiterung der Höhle im fieberhaften Wochenbett gesucht werden. Objektiv war aber an den inneren Geschlechtsorganen nichts zu finden, der Uterus und die rechten Adnexe,—die Geschwulst ging aus dem linken Ovarium hervor,—waren normal. Die letzte Schwangerschaft hatte ebenfalls einen normalen Verlauf gehabt und die Frau hatte ein ausgetragenes Kind geboren. Es ist also anzunehmen, dass die Infektion im Wochenbett sich nur auf die Zyste verbreitet und sonst nirgends eine Entzündung hervorgerufen hatte, in derselben entwickelte sie sich in voller Stärke, bedingte eine Entzündung derselben und zugleich auch des Bauchfells, wofür die ausgedehnten Verwachsungen mit dem Netz und den Gedärmen sprechen, und schliesslich eine Vereiterung einer der Höhlen der Geschwulst. Dieser Vorgang ist erklärlich, wenn man das Pseudomuzin als locus minoris restistentiae im Körper auffasst, welches durch die Geburt und das Wochenbett noch weniger widerstandsfähig wurde, besonders da es verschiedenen Insulten, wie Druck, ausgesetzt worden war.

A. Opokin: «Zur Bakteriologie der Retropharyngealabszesse». (Nr. 29).

Vor der Spaltung des Abszesses wurde eine Probepunktion vorgenommen, welche Eiter ergab, der einen Diplostreptokokkus in Reinkultur enthielt. Derselbe Eiter wurde einem Kaninchen in die Bauchhöhle gespritzt, das nach $1^1/_2$ Tagen einging, und nur dem Blute des Herzens konnte durch die Färbung nach Kühne derselbe Diplostreptokokkus konstatiert werden.

P. Autokratow: «Ueber eine Geschwulst, welche den Pulvinar thalami optici, den linken vorderen Hügel des Corpus quadrigeminum, die hintere Hälfte des hinteren Abschnitts der inneren Kapsel und den Linsenkern einnimmt». (Nr. 29).

N. Michailow: «Die wichtigste Aufgabe der Therapie bei den chirurgischen Erkrankungen der Harnwege». (Nr. 29).

E. Lewy: «Eine Vorrichtung zur Befestigung der Bougies Le Fort». (Nr. 28).

Die T.-förmige Vorrichtung besteht aus Metall oder Kautschuk, der vertikale Teil derselben wird an den aus der Harnröhre hervortretenden Teil des Bougies angeschraubt, durch 2 kleine Oesen an beiden Enden werden Fäden durchgezogen, welche mit Heftpflaster auf die gewöhnliche Weise auf den Penis angeheftet werden.

W. Grusdew: «Zur Frage über die Fremdkörper in der Bauchhöhle und das Verhalten derselben zum Bauchfell». (Nr. 30).

Die 58-jährige Patientin war vor 7 Jahren wegen einer grossen Eierstockszyste laparotomiert worden. Ein Jahr fühlte sie sich wohl. Darauf begannen starke Schmerzen im Leibe und 3 Monate vor Eintritt in die Klinik fühlte Pat. durch die Bauchdecke ganz deutlich das Ende eines spitzen Gegenstandes. Per vaginam war der Griff derselben zu tasten. Durch die hintere Kolpotomie wurde der Fremdkörper entfernt und erwies sich als Terrier'sche Zange.

R. Wreden: «Die radikale Operation der Nabelhernie». (Nr. 30).

Th. Kobilinski: «Zur Frage über die operative Behandlung multipler Papillome des Kehlkopfes im Kindesalter (ein Fall von Laryngofissur)». (Nr. 30).

Ein 4-jähriger Knabe litt an grossen Papillomen der rechten Hälfte des Kehlkopfes, die hauptsächlich über dem wahren Stimmbande sich befanden und in den vorderen Winkel der Stimmritze sich verbreiteten. Trotz 4-monatlicher Behandlung gelang es nicht dieselben zu entfernen. Da dieselben rapid anwuchsen und Erstickungserscheinungen auftraten, wurde die Tracheotomie ausgeführt. Auch diese hatte, was die Verkleinerung der Geschwulst anbetrifft, nicht den gewünschten Erfolg, trotzdem die Kanüle 4 Monate „getragen wurden. Schliesslich wurde von Prof. Fedorow die Laryngofissur gemacht, und es gelang sämmtliche papillomatöse Massen zu entfernen.

P. Broschniowski: «Eine Uebersicht über die im Verlaufe eines Jahres (16. März 1904 — 16. März 1905). ausgeführten Trepanationen des Warzenfortsatzes». (Nr. 30).

A. Grigoriew: «Zur Differentialdiagnose zwischen Menschenblut und Tierblut nach der Form der Methaemoglobin- und Fettkrystalle bei gerichtsärztlichen Untersuchungen». (Nr. 31—33).

A. Anufriew: «Zur Kasuistik der grossen pseudomuzinösen Zystadenome des Eierstockes». (Nr. 31).

Die der 29-jährigen Patientin entfernte Geschwulst wog zusammen mit der durch den Troikar herausgelassenen Flüssigkeit 2 Pud. Die mikroskopische Untersuchung ergab Adenocystoma multiloculare pseudomucinosum.

A. Karnitzki: «Ein schwerer Fall von Grippe bei einem 7-jährigen Mädchen (Influenza gravis)». (Nr. 31).

S. Timofeew: «Traumatisches Oedem der Hand und der Fusses künstlichen Ursprungs. (Verbreitetes Oedem des Dorsalvenen)». (Nr. 31).

Zu Beginn des russisch-japanischen Krieges traten in das Militärhospitol in Rico Kranke mit Oedemen entweder einer Hand oder eines Fusses ein. Es handelte sich um eine harte gleichmässige kissenförmige Anschwellung der Dorsalfläche der Hand oder des Fusses, welche allmählig nach oben zu abnahmen. Die längste Zeit, dass solch ein Oedem bestand, war 8 Monate. Als Ursache wurde eine einmalige Verletzung angegeben. Es bestand eine aus gebreitete Thrombose der kleinen Venen. Durch die Angaben einzelner Soldaten erfuhr man, dass diese Veränderung künstlich hervorgerufen war und zwar durch Einreiben der Extremität mit heissem Tabakswasser, Umschnüren derselben mit einem Handtuch, und wenn dieselbe anzuschwellen begann durch Schlagen mit einem Gegenstande (Stock), nachdem etwas Weiches (Soldatenmantel) darüber ausgebreitet war.

A. Rubaschkin: «Ueber die Veränderungen der Eier bei verödenden Graaf'schen Follikeln». (Nr. 32).

S. Orlowski: «Klinische Beobachtung über Digalen». (Nr. 32—34).

Die Vorzüge des Digalens vor dem Digitalis liegen in der genauen Dosierung und dem absoluten Fehlen irgend welcher Nebenerscheinungen, wie z. B. Magendarmstörungen. Keiner von den Kranken O's klagte über derartige Symptome. Ein weiterer grosser Vorzug ist die Möglichkeit einer subkutanen Applikation; leider sind die Einspritzungen häufig sehr schmerzhaft, man beobachtet nach ihnen lokale Rötung, Schwellung und Schmerzhaftigkeit, dazwischen so intensive, dass die Injektionen ausgesetzt werden müssen. Allerdings schwinden die Reizerscheinungen häufig wieder recht schnell ohne Behandlung selten sieht man sich genötigt Kompressen zu gebrauchen. Dagegen scheinen die intramuskulären Injektionen (in die Nates) gut vertragen zu werden. O. wandte sie nur in einem Falle an; die Schmerzhaftigkeit war eine geringgradige, eine lokale Reizung war nicht zu verzeichnen.

P. Lomowitzki: «Eine Ikterusepidemie in Tomsk». (Nr. 32).

Die Epidemie dauerte 16 Monate, vom September 1904 und 1905. Von 1906 an begann die Zahl der Erkrankungen abzunehmen. Von der Gesammtbevölkerung war 1,5 pCt. an Ikterus erkrankt. Der Verlauf war ein sehr verschiedener, man beobachtete ganz leichte Fälle und dagegen wieder solche, welche in wenigen Tagen zum Tode führten.

A. Drschewezki: «Ueber experimentelle Zirrhose der Leber». (Nr. 33).

M. Milman: «Zur Kasuistik der paratyphösen Erkrankungen». (Nr. 33).

Der Fall endete tödlich. Die Erkrankung war hervorgerufen durch ein Stäbchen, welches alle Charakteristika des Bacillus paratyphosus aufwies. Der pathologisch-anatomische Befund dieser Krankheit unterscheidet sich von dem bei Unterleibstyphus durch das Fehlen des Hauptsymptoms der letzteren, — nämlich der Darmaffektion.

F. Weber: «Zur Frage über Volvulus S. Romani». (Nr. 34).

Probelektion, gelesen vor der Konferenz der militär-medizinischen Akademie in St. Petersburg am 25. Februar 1906.

S. Simnizki: «Anmerkung zur Frage über die Magensekretion bei Ikterus». (Nr. 34).

P. Miklaschewski: «Ein Operationsgebärbett». (Nr. 34).

Th. Ribakow: «Die wichtigsten nervös-psychischen Symptome des Alkoholismus in ihrer statistichen Beziehung». (Nr. 35).

F. Bukoemski: «Die Behandlung der Gonorrhoe der Frauen mit Methylenblau.» (Nr 35).

Von allen untersuchten Mikroben wird nur der Gonokokkus durch eine schwache Methylenblaulösung (1:10000—1:10000) abgetödtet; eine 1 pCt. Lösung vernichtet Streptokokken, die Darmbakterie wird nur in seiner Lebensfähigkeit geschwächt. Da aber sogar eine gesättigte Lösung des Gewebes nicht schädigt, obgleich dieselbe tief in das Gewebe eindringt, so kann das Methylenblau als Spezifikum gegen die Gonorrhoe angesehen werden. Der Gonokokkus färbt sich schnell und rasch, auch bei schwachen Lösungen.

Bei chronischen Formen sollen die Pinselungen täglich erfolgen, damit das Methylenblau schneller eindringt und die Gonokokkennester in der Tiefe zerstört. Auch im frischen Stadium kann dasselbe mit Erfolg angewandt werden.

J. Studsinski: «Zur Frage über die Häufigkeit der Milzvergrösserung bei Kranken und bei Gesunden». (Nr. 35).

Eine Vergrösserung der Milz wird in therapeutischen Kliniken sehr häufig gefunden, etwa in 30 pCt. der Fälle, wobei ³/₄ der Gesamtzahl auf chronische Vergrösserung dieses Organs kommt. Deshalb muss man sich in diagnostischer Hinsicht zu einer Milzvergrösserung sehr vorsichtig verhalten und genau danach forschen, woher der Kranke stammt und ob er Malaria durchgemacht hat. Bei der Untersuchung muss man genau auf die Konsistenz achten, da nur die Weichheit einer vergrösserten Milz für den akuten Prozess spricht.

P. Popper: «Zur Kasuistik der lymphatischen Zysten des Oberschenkels». (Nr. 35).

Es handelt sich hier um eine sackförmige Geschwulst des rechten Oberschenkels, welche 26 Cent. lang, 33 Cent. breit und 2—2,5 Mm. dick war.

Th. Omelschenko: «Zur Frage über die Spirochaeten bei Syphilis». (Nr. 36).

Th. Gramenizki: «Zur Frage über die Behandlung mit Stauungshyperaemie nach Bier». (Nr. 36).

G. wandte die Stauungshyperaemie an bei Phlegmonen, Abszessen, Panaritien, akuter eitriger Tendovaginitis, akuter eitriger Lymphdrüsenentzündung, eitriger Entzündung der Schleimbeutel, gonorrhoischer Entzündung der Gelenke, akuter eitriger Entzündung des Knochenmarks und Furunkeln. Die Resultate waren durchaus zufriedenstellende. Besonders weist G. noch auf die schmerzlindernde Wirkung hin.

N. Klodnizki: «Ueber die Bedeutung der bakteriologischen Untersuchung des Harns für die Diagnose». (N. 36).

Im ersten Falle handelte es sich um verschleppte Eiterherde in den Nieren, hervorgerufen durch Typhusbazillen, kompliziert mit Darmtrichinose, im zweiten um die Weil'sche Krankheit. In beiden Fällen ist der Umstand interessant, dass die spezifischen Bakterien im Harn zu finden waren, obgleich man sie im Blute nicht konstatieren konnte.

M. Abelmann: «Zur Kasuistik der Behandlung der Basedow'schen Krankheit mit Moebius'schem Serum». (Nr. 36).

Die 13-jährige Kranke brauchte das Serum 20 Tage, sie begann mit 2 und stieg allmählig bis auf 12 Tropfen 3 mal am Tage. Im Ganzen nahm sie 475 Tropfen. Während der ganzen Zeit sind absolut keine unangenehmen Nebenerscheinungen beobachtet worden. Das Resultat war ein durchaus befriedigendes, das Mädchen wurde bedeutend ruhiger, die Tachykardie schwand vollständig, der Puls schwankte zwischen 75—90; der Exophtalmus war bedeutend geringer geworden, das Stellwag'sche und Moebius'sche Symptom waren vollständig geschwunden, das Graefe'sche wurde noch bisweilen beobachtet. Nur eine geringgradige Vergrösserung der Schilddrüse war noch übrig geblieben.

Dasselbe Serum wandte A. noch bei einem 14-jährigen Mädchen mit einem Kropf, aber ohne Basedow'scher Krankheit an, und auch hier war der Erfolg ein günstiger.

M. Dawidow: «Ueber eine Echinokokkenzyste der Niere, welche sich von Zeit zu Zeit in das Nierenbecken öffnete und von den Tochterblasen befreite und über die Behandlung derselben». (Nr. 36).

Auf Grund seiner Beobachtung kommt D. zum Schluss, dass eine Echinokokkenblase sehr lange im menschlichen Organismus leben kann, in dem sie sich von Zeit zu Zeit einen Ausgang schafft und die Tochterblasen entleert. Beim Echinokokkus der Niere ist unbedingt ein operativer Eingriff vorzunehmen, wenn auch die Tochterblasen durch den Urin entleert werden. Die Beobachtung lehrt, dass derselbe leben bleibt und von Neuem sich zu entwickeln beginnt, und deshalb ist eine Selbstheilung schwer anzunehmen. Nicht operieren—heisst den Kranken sich unnütz quälen lassen und der Gefahr einer Sepsis aussetzen, da die Zyste doch früher oder später vereitert, was in der angeführten Krankengeschichte auch der Fall war.

Fr. Mühlen.

Shurnal akuscherstwa i shenskich bolesnei. (Journal für Geburtshülfe und Frauenkrankheiten) Nr. 11—12, 1906.

H. Rein: «Nachruf an A. Baikow». (Nr. 11).

A. Redlich: «Ueber die Entstehung der Embryome im Eierstock». (Nr. 11).

Bei einem 16-jährigen Jungen wurde per laparotomiam ein kindskopfgrosser Tumor entfernt. Das betreffende Individuum zeigte bei der äusseren Betrachtung einen kleinen Penis mit einer blinden Oeffnung am Ende desselben und einer anderen am oberen Teil des Hodensackes, die in die Blase führte, die Hodenhälften sind ungleichmässig entwickelt. Die Geschwulst

war von elastischer Konsistenz, mit Kolloid gefüllt, auf dem Grunde der Geschwulst befindet sich ein Körper, der an einen rudimentären Uterus mit Tube und Ovarium erinnert. Bei der mikroskopischen Untersuchung bestätigte sich diese Annahme: man fand Muskelgewebe mit einer kleinen Höhle, einen muskulösen Strang (Lig. rotundum), ein anderen Strang, ein Lumen und Schleimhautfalten, wie solche der Tube charakteristisch sind, Ovarialgewebe wurde nicht gefunden. Es handelte sich um einen Uterus unicornis mit linksseitiger Tube. Ausserdem fand man in den verschiedenen Teilen des Tumors hyalinen Knorpel, drüsige Gebilde wahrscheinlich der Gland. submaxill. und thyreoidea entstammend, dann eine Höhle mit Pigmentepithel bekleidet, das der Retina entspricht, daneben ein Gebilde, das man als Glaskörper ansprechen kann. Ausserdem fand man knorpelige Elemente, die als embryonale Anlage der Luftröhre angesehen werden, dann Fett-, Drüsen- und Muskelgewebe. Es fanden sich also Elemente aller drei Keimblätter in regelloser Weise. Die Geschwulst ging vom linksseitigen Eierstock aus, es handelte sich daher um einen Hermaphroditen. Verf. führt die Ansichten verschiedener Autoren über die Entstehung der Embryome an.

S. Fedorow: «Uretero-cysto-neostomia per vaginam». (Nr. 11).

Nach einer schweren Geburt hatte sich eine Uretercervixfistel gebildet, bei der zystoskopischen Untersuchung fand man an der Stelle der linken Uretermündung narbiges Gewebe und zwei Oeffnungen, es handelte sich also ausserdem noch um eine Blasencervixfistel. Operation unter Tropakokain 0,03 per vaginam: Querschnitt vorn über der Portio, schwieriges Abpraeparieren der narbig verwachsenen Blase nach oben, Längsschnitt durch die Portio und Cervix, 2½ Ctm. über dem äussern Muttermund fand sich eine grosse Blasencervixfistel. Die Blase wurde abpraepariert bis zur Einmündung des Ureters in dieselbe, dieser durchschnitten, freipraepariert und in die linke Ecke der Blasenöffnung fixiert. Darauf wurde die Blasencervixfistel zweietagig vernäht, ebenso der Scheidenschnitt, in den linksseitigen Ureter wurde ein Dauerkatheter eingeführt, ein zweiter in die Blase, beide am 11. Tage entfernt. Nach fieberhaftem Verlauf genas Pat., Urin ging per vaginam nicht ab. Eine spätere zystoskopische Untersuchung stellte fest, dass der linke eingenähte Ureter durchgängig war, eine Spalte darstellte, nach innen davon befand sich ein kleines Lumen — die frühere Einmündungsstelle des Ureters.

W. Brandt: «Ueber Cervixmyome». (Nr. 11).

Eine 23-jährige Pat. klagte über Blutungen, bei der Untersuchung erwies es sich, dass sie ein Myom hatte, welches nach oben zum Nabel reichte und die Vagina bis zum Introitus einnahm, Uterushöhle 23 Ctm. Bei der Laparotomie erwies es sich, dass der Uterus wie ein Anhängsel auf dem Tumor oben aufsass, schwierige Entfernung, fieberhafter Verlauf, Genesung. Das Praeparat stellt ein mannskopfgrossen Tumor dar, ausgehend von der Cervix. Mikroskopisch fanden sich Veränderungen an den Gefässen und stellenweise Erscheinungen regressiver Metamorphose aller Art.

W. Argutinski-Dolgorukow: «Sarkomatöse Neubildungen des Ovariums». (Nr. 11).

Vier Fälle von malignen Ovarialtumoren. Fall I: solide Geschwulst nahe an den Rippenbogen reichend, Laparotomie, genesen entlassen. Die mikroskopische Untersuchung stellte fest: Fibrosarcoma ovarii mucocellulare carcinomatodes Krukenbergii. Fall II: Geschwulst bis zum Nabel, Laparotomie, wobei der Ureter zum Teil reseziert war, daher Einnähen des zentralen Endes in die Blase. Nach der Operation erhöhte Temperatur, es bildete sich eine fluktuierende Geschwulst, die mit dem Trokart eröffnet wurde, wobei Harn abfloss. Nach einem Monat erneute Laparotomie, das Ureterende konnte nicht seiner Kürze wegen in die Blase vernäht werden, daher Unterbindung desselben nach Fenomenow, bald darauf Tod infolge eines paranephritischen Abszesses. Der Tumor stellte ein Sarcoma alveolare magno-globo-cellulare dar. Fall III: Geschwulst vier Finger unterhalb des Nabels, Aszites, Operation, genesen. Fibrosarkoma. Fall IV: Cystofibroma ovarii, Operation, genesen.

A. Semjanikow: «Ein Fall von Vagina septa». (Nr. 11).

Während der Geburt beobachtete S. folgenden Fall: I para sub partu, in der Vagina fühlt man eine Scheidewand in sagittaler Richtung die Scheide halbierend, rechterseits war die Portio verstrichen, Muttermund auf 2 Finger, links war keine Portio vorhanden. Die Geburt verlief normal. Bei der späteren Untersuchung stellte man fest, dass die Gebärmutter normal war.

A. Sagalow: «Zweiter Fall von Pubiotomie nach Tandler». (Nr. 11).

Allgemein verengtes Becken, künstliche Erweiterung des äusseren Muttermundes und Zange bei der ersten Geburt. Bei der zweiten Geburt Pubiotomie, geringe Blutung, Extraktion mit der Zange, günstiger Ausgang für Mutter und Kind.

L. Litschkuss: «Zur Frage der Pubiotomie». (Nr. 11).

Bericht einer Krankengeschichte: Pat. war viermal niedergekommen, jedes Mal mit einem todten Kinde. Ein Mal spontane Geburt, dann Zange, Perforation, Frühgeburt. Pat. kam das 5. Mal während der Geburt zur Beobachtung, Temp. 38,2, Mekonium ging ab, Pubiotomie nach Bumm, keine Blutung, Extraktion mit der Zange, Kind leicht asphyktisch, wieder belebt, fieberhaftes Wochenbett, Genesung. Im Anschluss an diesen Fall bespricht Verf. genau die Literatur der Pubiotomie.

S. Sarezki: «Ueber die Entwickelung der Schamlippendrüsen». (Nr. 12).

Bei 20 Untersuchungen der kleinen Labien in den verschiedenen Lebensaltern, besonders dem kindlichen, hat Verf. feststellen können, dass sich die Talgdrüsen erst am Ende des zweiten Lebensjahres entwickeln. Verf. unterscheidet zwei Stadien: in dem einen bilden sich epitheliale Fortsätze, in dem zweiten zeigt sich drüsiges Gewebe im vierten bis fünften Lebensjahr. Während der Gravidität hypertrophieren die Drüsen, nach derselben nimmt die sekretorische Tätigkeit ab und während des Greisenalters atrophieren die Drüsen.

N. Primo: «83 Fälle von Eklampsie». (Nr. 12).

Im Laufe von 28 Monaten wurden 83 Fälle beobachtet. Die statistische Arbeit beschäftigt sich mit dem Vorkommen der Eklampsie bei Erst- und Mehrgebärenden, der Anzahl der Anfälle, den Komplikationen, den operativen Eingriffen, dem Ausgang etc. Verf. unterscheidet autochthone Fälle und solche, die mit Eklampsie eintraten. Erstere wurden streng isoliert entsprechend den Anschauungen Stroganow's in diesem Punkt. An 83 Pat. wurden 52 Operationen ausgeführt, von den 83 starben 7 = 8,4 pCt. Die Behandlung bestand in Morphiuminjektionen und Verabreichung von Chloralhydrat per Klysma.

N. Nejelow: «Ueber drei Fälle von in extremis operierten Extrauteringraviditäten». (Nr. 12).

Drei kasuistische Fälle.

E. Wainstein: «Ueber spontane Ablösung der Vaginalportion sub partu». (Nr. 12).

Wegen Gefahr fürs kindliche Leben wurde eine Zange angelegt, bei den Traktionen zeigte sich die dunkelblau verfärbte vordere Muttermundslippe, die zurückgeschoben wurde, manuelle Lösung der Plazenta, wobei ein fleischiges Stück freiliegend palpiert wurde. Dieses erwies sich als abgerissene Portio vaginalis von einem Durchmesser von 6½ Ctm. und 2—3 Ctm. Dicke. Die mikroskopische Untersuchung wies nekrotisches Muskelgewebe nach. Pat. genas. Nach zwei Monaten liess sich bei Abwesenheit der Vaginalportion ein runder narbiger Wall um den Muttermund durchfühlen.

Sammlung von Arbeiten auf dem Gebiet der Gynäkologie und Geburtshilfe gewidmet Prof. D. Ott bei Gelegenheit seiner 25-jährigen ärztlichen Tätigkeit. Redigiert von W. Stroganow. Petersburg 1906. Teil I.

Ein stattlicher Band, der verschiedene Arbeiten von Schülern, Freunden und Verehrern Ott's enthält ist diesem gewidmet. Zuerst entwirft Stroganow eine biographische Skizze und giebt das Verzeichniss der Arbeiten Ott's. Darauf kommen folgende Originalarbeiten:

A. Muratow: «Aus der Geschichte der Entwickelung der Geburtshilfe und der Frauen- und Kinderkrankheiten».

N. Jastrebow: «Ueber die klinische Untersuchung des weiblichen Beckens».

P. Michin: «Myomotomie während der Schwangerschaft».

P. Sadowski: «Ueber einen Fall von interstitieller Schwangerschaft».

K. Ulesko-Stroganowa: «Zur Lehre der Extrauterinschwangerschaft».

K. Ułeşko-Stroganowa: «Ueber die pathologische Anatomie des Luteingewebes».

D. Schtschetkin: «Zwei Fälle wiederholter Ovariotomie mit nachfolgender Krebsbildung im Gebiet des Operationsfelds».

M. Proskurjakowa: «Ueber chronische Veränderungen der äusseren weiblichen Genitalorgane».

A. Martin (Greifswald): «Zu der Kritik der konservativen Operationsmethode».

L. Nenadowicz: «Die Wirkung des Franzensbader Moors auf die Funktionen des menschlichen Organismus».

O. Prokofjewa: «Perineotomia sub partu».

L. Litschkus: «Kaiserschnitt wegen eines retrocervikalen Myoms».

A. Pekarskaja: «Ein Fall von Kaiserschnitt bei Nabelschnurvorfall».

A. Anufriew: «Wünschenswerte Reformen bei dem Hebammenunterricht».

F. la-Torre (Rom): «Del processo intimo dell' emostasi uterina post partum (die Arbeit ist ins Russische übersetzt).

W. Stroganow: «4 Fälle von Pubiotomie».

M. Dokuschewskaja: «Die mechanische Behandlung der chronisch-entzündlichen Prozessa im Beckenbindegewebe».

Lingen.

Westnik Oftalmologii. (Zeitschrift für Ophthalmologie.) November—Dezember 1906.

A. Agababow: «Nekrolog Professor Adamük's (Kasan). Gest. 5. September 1906, auch Verzeichnis seiner Veröffentlichungen».

A. Schimanowski: «Ueber die Beziehungen des follikulären Katarrhs der Bindehaut zum Nasenrachenraume».

Im November 1905 besichtigte S. die vierklassige geistliche Schule zu Tiwrowsk im Gouvernement Podolien. Von 181 Schülern waren 79 augenkrank, darunter 29 Follikulärerkrankungen oder Trachomkranke. S. ist Unitarist. Gleichzeitig litten 104 Schüler an follikulärer Pharyngitis und 42 an entzündeten Rachenmandeln. In 51 Fällen war das Augenleiden an der Bindehaut mit der Pharyngitis vergesellschaftet.

P. Prokopenko: «Zur Frage des Einflusses der Vollkorrektur der Kurzsichtigkeit auf die Entstehung spontaner Netzhautablösung».

Die Arbeit bringt statistische Zahlen über die Häufigkeit der Netzhautablösung bei Kurzsichtigen; eine Uebersicht der verschiedenen Erklärungen, wie die Ablösung entstehen soll. Er bringt alsdann eine Zusammenstellung von 45 Fällen. Ueber Netzhautablösung bei einer Kurzsichtigkeit von 5 bis 13 D. war in 27 Fällen berichtet, bei einer Kurzsichtigkeit von über 13 D. in 18 Fällen. Von allen 45 Patienten waren Brillenträger nur 20. Zwei trugen die volle Korrektur, 17 waren um die Hälfte oder noch niedriger korrigiert. Zur Zeit fehlt es an genügendem Material, um zu zeigen, wie sich das Verhältnis gestalten würde bei Vollkorrektur, für welche seit 1901 gewichtige Stimmen eingetreten sind.

P. Tschistakow: «Ein Fall von Echinokokkus der Orbita».

Landbauer 20 a. n., bereits in der Kindheit wurde am Nasenwinkel des linken Auges eine Geschwulst bemerkt, welche sehr langsam wuchs, das Auge allmählig nach aussen und unten verdrängte (Bild des Patienten) und die Erblindung herbeiführte. Angenommen wurde ein gutartiger Tumor oder ein Atherom, Dermoid, oder Zyste. Patient verlangte die Operation aus kosmetischen Gründen. Am 10. März Operation durch Professor S. Lobanow in Tomsk. Sofort nach Eröffnung der Kapsel der Geschwulst stürzen Echinokokkusblasen vor, von welchen zwei, eine von der Grösse einer griechischen Nuss, die Andere etwas kleiner, intakt aufgefangen werden. Im Ganzen werden 32 Blasen entleert. Die Kapsel wird möglichst weit nach hinten entfernt, mit dem scharfen Löffel ausgekratzt, Tamponade. Beim Verbandwechsel entleeren sich weitere 3 Blasen. Temp. 38,9. Am 12. wird eine Blase von der Grösse eines Taubeneis ausgestossen, Temp. 39,4. 13. März Temp. 40., weitere Blasen werden ausgestossen. Das Auge wird entfernt, breit eröffnet, 22 kleinere Blasen werden zu Tage gefördert. Im Lauf der nächsten Woche täglich Ausstossung von Blasen. Temp. hält sich bis 39. Im Ganzen sind ungefähr 150 Blasen verschiedenster Grösse ausgestossen worden. Bis zum 20. April war allmählig Alles verheilt und die Absonderungen gelblicher Flüssigkeit hörten auf. Eine Kommunikation der Orbita mit benachbarten Höhlen konnte nicht nachgewiesen werden, eine Durchleuchtung der Highmorshöhle und Stirnhöhle ergab ebenfalls ein negatives Resultat. Die grosse Masse der allmählig ausgestossenen Blasen muss durch Nachwachsen aus der Mutterblase her erklärt werden.

M. Kadinski: «Ueber eine besondere katarrhalische Erkrankung der Augapfel-Schleimhaut».

Die drei gleichen Fälle zeigten allgemeine konjunktivale Injektion der Augapfelschleimhaut bei mässiger Lichtscheu, Sekretion und mässiger Empfindlichkeit. Am inneren Augenwinkel fanden sich milchig-weissliche Flecken in der Nähe des Hornhautrandes. Auch mit der Lupe besehen, erwies sich das Epithel auf diesen Flecken intakt. Protargol, 3 pCt. Borkompressen. Schnelle Heilung.

A. B. Zazkin: «Ein Fall von peribulbärem Sarkom».

Eine Frau 53 a. n. Vor 10 Jahren Verletzung des rechten Auges durch ein Brett. Das Auge erblindete, und ein allmähliches Vortreten des Auges begann. Vor zwei Jahren, nach einer akuten fieberhaften Erkrankung auffallende Verschlechterung. Auf eine vorgeschlagene Entfernung des Auges und der Geschwulst war Pat. nicht eingegangen.

Das rechte Auge ist nach aussen und unten hin disloziert. Die Geschwulst beginnt innen, oben, und nach aussen am Hornhautrande, und senkt sich dann der Oberfläche des Augapfels folgend nach hinten in die Tiefe der Orbita. Geschwulst unverschieblich, dunkelrot, Oberfläche höckerig, Konsistenz fest, Auge unbeweglich, Hornhaut trübe, zentral ein Leukom, Visus = 0, Drüsenschwellungen nicht vorhanden. Endlich willigte die Patientin in die Operation. Auge mit Geschwulst eiförmig, grösster Durchmesser 5,5 Cent., kleinster 2,2 Cent. Die Geschwulst hat die Lederhaut nicht durchbrochen. Als Ausgangspunkte der Geschwulst erwiesen sich Bindehaut und Kornealrand. Es handelte sich um ein Sarkom, stark von Bindegewebe durchsetzt. Der von der Geschwulst umschlossene Augapfel erwies sich phthisisch degeneriert.

Th. Kubli: «Ueber Alypin und Novokain».

Beide Mittel besitzen keinerlei besonderen Vorzüge, und können das Kokain nicht ersetzen.

Odessaer Ophthalmologischer Zirkel.

Vom Oktober 1904 bis Oktober 1905 wurden 8 Sitzungen abgehalten. Demonstrationen wurden in Summa 34 geboten. Vorträge wurden fünf gehalten. Hervorgehoben sei eine Mitteilung

Rabinowitsch's: «Ueber die prognostische Bedeutung der Retinitis albuminurica».

Er hat 30 eigene Fälle zusammengestellt. Von 14 Patienten verstarben nach Monatsfrist drei, gerechnet vom Tage der ophthalmoskopischen Diagnose. Nach zwei Monaten verstarben fünf Patienten, drei Monate lebte einer, zwei überlebten sechs Monate, drei 1 bis 2 Jahren.

Im Laufe eines Jahres waren also bereits 11 dahingegangen.

A. Lawrentjew, «giebt ein Referat der seit dem 27. Juni 1906 geltenden Vorschriften bei Aufnahme der Rekruten und Freiwilligen in den Militärdienst».

Vom Frontdienst befreit gänzlich: Lagophthalmos, Ektropium, Entropium und Trichiasis, grobkörniges chronisches Trachom, Verwachsungen der Lider mit dem Augapfel, falls sie Sehstörung veranlassen oder die Augenbewegung wesentlich behindern, unheilbare Tränensackleiden (durch Exstirpation des Sackes ja sicher zu beseitigen. (Ref.), Blindheit eines Auges. Können Finger gezählt werden auf weitere Distance als 1/3 Meter, gilt das Auge nicht als Blind. Alsdann, wenn beide Augen weniger als 0,5 Sehschärfe besitzen, ohne Hilfe

einer Gläserkorrektur. Ist das Sehvermögen rechts = 0,5, links aber besser als Fingerzählen in 1/3 Meter, dann soll der Mann genommen werden. Freiwillige, welche Brillen tragen dürfen, werden angenommen, wenn die Sehschärfe des rechten Auges mit der Korrektur nicht weniger als 0,5 beträgt. Das zur Korrektur notwendige sphärische Glas soll nicht höher sein als 4,5 D., einerlei, ob Myopie oder Hypermetropie vorliegt. Bei Astigmatismus ist ein Glas bis zu 3 D. zulässig. (Auf die Stärke des Glases brauchte man ja wohl kein Gewicht zu legen, wenn nur die verlangte Sehleistung = 0,5 erreicht wird! Ref.).

Zum Dienst, aber nicht in der Front, werden angenommen: mit Schielen und Nystagmus Behaftete, bei Sehschärfe links nicht weniger als 0,5, rechts besser als Fingerzählen in 1/3 Meter.

G—n.

Wojenno-Medizinski Shurnal. (Militär-medizinische Journal). Juni—Dezember 1906.

W. Kartaschow: «Der Rotz in pathogener Beziehung». (№ 6).

In dem vom Verf. beobachteten Falle traten bei demselben Pat. alle drei Formen des Rotzes zum Vorschein: Affektion der Haut, der Lungen und des Darms.

R. Thal: «Vergleichende Untersuchung des Ichthyols und einiger, ihn vertretender Präparate». (№ 6).

Aus den Ergebnissen der Analysen lässt sich leicht ersehen, dass das Ichthyol der Firma Cordes Hermanni et Co. von den ihn vertretenden Präparaten anderer Firmen sich unterscheidet durch den höchsten Gehalt an Trockenrückstand und der Schwefelmenge in dieser Beziehung steht vom Ichthyol am nächsten das Präparat der Gesellschaft chemischer Produkte in Basel, das aber zwei Mal mehr Schwefelammonium-Salz enthält, als das Ichthyol.

A. Minin: «Zur Frage der Vernähung des verletzten Darms». (№ 6).

Im Jahre 1905 wurde im Nikolai-Militärhospital nur eine Darmverletzung beobachtet, was den Verf. veranlasst den Fall zu veröffentlichen.

S. Michailow: «Ein seltener Fall von Darmruptur durch Splitter von Goldmünzen». (№ 6).

Die Kugel schlug auf den Gürtel gerade an der Stelle, wo Goldmünzen vernäht waren. Letztere wurden zusammen mit einem Splitter des silbernen Gürtels in die Wunde eingedrückt, flogen in der Bauchhöhle fächerförmig auseinander, zerrissen den Darm und verursachten eine letale Verletzung.

J. Wiolin: «Ueber die Anlegung immobilisierender Verbände im Kriege». (№ 6).

K. Podosski: «Ein Fall periodischer cerebrospinaler Paralyse». (№ 6).

S. Troizki: «Ueber das tropische Fieber». (№ 6 u. 7).

E. Larin: «Ueber die Eröffnung eines eigenen Hospitals bei jeder Militärabteilung». (№ 6).

Die Eröffnung solcher Hospitäler ist nach Verf. wünschenswert und möglich.

G. Stefanowski: «Sollen an jeder Militärabteilung Hospitäler existieren?» (№ 6).

Solche Hospitäler sind nach Verf. überflüssig.

A. Ochotnikow: «Vom Fernen Osten (Beobachtungen und Bemerkungen)». (№ 6 u. 7).

N. Dawydow: «Das Jod und die Kokken». (№ 6).

Nach Verf. ist Tinctura Jodi in einer Proportion von 5—10 Tropfen auf 180,0 destillierten Wassers das beste von den Mitteln, die bei entzündlichen Erkrankungen der männlichen Harnröhre angewandt werden; die Wirkung des Jods ist dabei stets eine vorzügliche, gleichgültig ob diese Erkrankung durch Gonokokken, andere Mikroorganismen oder sogar künstlich hervorgerufen ist.

E. Kistjakowski: «Zur Kasuistik der Erkrankungen der Venen bei Syphilis». (№ 6).

W. Rubaschkin: «Ueber die Reifung und Befruchtung des Eies bei Säugetieren». (№ 7).

S. Girgolaw: Ein Fall langdauernden Verweilens einer Shrapnellkugel in der Tiefe des Gehirns». (№ 7).

S. Suzuki: «Praktische Bemerkungen aus dem russisch-japanischen Kriege». (№ 7 u. 8).

N. Dawydow: «Ueber die mit Diarrhoe einhergehenden Erkrankungen in der Mandshurei». (№ 7).

M. Mursin: «Zur Epidemiologie des Anthrax im Militär». (№ 7).

J. Klitin: «Zur Frage der Reinigung des Trinkwassers durch mechanische Filtra vom amerikanischen Typus». (№ 7).

N. Polubogatow: «Zur Einrichtung von Verbandplätzen an den Vorposten im russisch-japanischen Kriege». (№ 7).

A. Putschkowski: «Trichloressigsäure bei trockenen Perforationen des Trommelfells». (№ 7).

Verf. hat die Trichloressigsäure in 35 Fällen angewandt. Von diesen trat in 26 Fällen vollkommener Verschluss des Trommeldefektes ein, in 5 Fällen eine mehr oder weniger bedeutende Verkleinerung desselben und nur in 1 Falle eine Vergrösserung des Defektes.

N. Belogolowow: «Die beste Behandlungsmethode eitriger Otitiden bei Soldaten». (№ 7).

Z. Kotowitsch: «Eine Methode zur Erhaltung der Röntgenstrahlen von den Wechselströmen der Zentralstationen». (№ 8).

R. Thal: «Ueber das Tannalbin». (№ 8).

A. Bergmann: «Zur Frage der künstlichen (aseptischen) Phlegmonen». (№ 8).

Verf. beschreibt 6 Fälle, in denen die künstliche Phlegmone, wahrscheinlich, durch Senf- oder Crotonöl oder ein der Wirkung derselben nahestehendes Mittel hervorgerufen wurde. Alle Fälle gingen bei konservativer Behandlung in vollständige Heilung über.

Th. Dubinski: «Aus der Vergangenheit: Ueber Erkrankungen an Skorbut im Militär der Moskauer Garnison» (№ 8).

E. Koltun: «Resultate der Behandlung der Lungentuberkulose mit Hetol». (№ 8).

Auf Grund der Berichte der meisten Autoren und 23 eigener Beobachtungen glaubt Verf., dass die Behandlung mit Hetol in den meisten Fällen sehr gute Dienste erweist. Man soll daher dem Hetol einen ansehnlichen Platz unter den Medikamenten einräumen, die bei der Behandlung der Tuberkulose angewandt werden.

K. Sujew: «Zur Frage der Imprägnierung des Verbandmaterials mit Sublimatlösungen und über die Anwendung desselben beim Militär». (№ 8 u. 9).

A. Krymow: «Ein Uebersichtsversuch der Mobilisation eines Infanterieregiments vom medizinisch-sanitären Gesichtspunkte». (№ 8 u. 9),

J. Adamson: «Ein Feldlazareth in Jurten». (№ 8).

W. Wojatschek: «Einige Bemerkungen über die klinische Untersuchung der Nicht-Gehörfunktion des Labyrints,» (№ 8 u. 9).

Zur Untersuchung der statischen Funktion des Labyrints eignen sich am besten folgende 2 Methoden: 1) Untersuchung des Ganges mit Fixation desselben (die von S. von Stein vorgeschlagene «Ichnographie») und 2) Versuche mit der Drehung des Patienten.

M. Reich: «Zur Charakteristik der Augenerkrankungen in der russischen Armee (Auf Grund von 8 Berichten der Bezirksokulisten für die Jahre 1904 und 1905)». (№ 8 u. 9).

R. Thal: «Zur Analyse der Ebonithgegenstände». (№ 9).

W. Frolow: «Ein Fall von Colopexie bei Vorfall des Rektums mit gutem funktionellen Resultat». (№ 9).

A. Terentjew: «Ein Fall von Sarkom des Duodenums». (№ 9).

J. Finkelstein: «Einiges über die Pest in Ansob». (№ 9).

Von 385 Einwohnern sind an der Pest 221 erkrankt, von diesen sind nur 8 genesen.

A. Strelkow: «Eine quantitative mikroskopische Methode der Vidal'schen Probe». (№ 9).

N. Topalski «Allgemeine Bestimmungen der internationalen Kongresse zur Verbesserung des Schicksals der Verwundeten und Kranken in den Armeen während des Krieges, die am 6. Juni 1906 in Genf stattgefunden hat». (Nr 10). (Aus dem Französischen).

K. Iwanow: «Modifikation des Exsiccators für die Arbeit in sehr feuchter Luft». (Nr. 10).

N. Kukowerow: «Projekt einer Registrationskarte für Verwundete». (Nr. 10).

Die vom Verf. empfohlene Karte trägt auf der einen Seite eine genaue anatomische Abbildung des menschlichen Körpers, auf der durch besondere Zeichen die Verwundung aufgetragen wird.

N. Dawydow: «Ein Fall ausgedehnter Verbrennung der Haut durch die Sonne». (Nr. 10).

M. Mursin: «Bericht über die Epidemien des Unterleibstyphus im Militär des Odessa'schen Militärbezirks im Jahre». 1905. (Nr. 10).

A. Subbotin: «Ueber die Sommerdiarrhöen in der Mandshurei». (Nr. 10).

A. Tyshnenko: «Zur Frage über die unantastbaren Regimentsvorräte». (Nr. 10 und 11).

E. Bonwetsch: «Die Verhältnisse des Placierens der neuformierten Militärabteilungen und ihr Einfluss auf die Gesundheit der Soldaten». (Nr. 10 und 11).

M. Reich: «Statuten des Dienstes in den Militärhospitälern in Belgien. (Uebersetzt aus dem Französischen». (Nr. 10).

S. Milewski: «Die fliegenden Sanitärkolonnen im russisch-japanischen Kriege und wünschenswerten Abänderungen in der Organisation desselben. (Nr. 10 und 11).

P. Koslowski: «Die Erdhütten als Wohnung für Soldaten zur Kriegszeit». (Nr. 10).

A. Oserezkowski: «Ueber die Geisteskrankheiten im Zusammenhange mit dem russisch-japanischen Kriege im zweiten Jahr desselben. (Nr. 10 und 11).

A. Zazkin: «Ueber die Anwendung des Alypins bei einigen Augenkrankheiten». (Nr. 10).

Schlussfolgerungen:

1) Die anästhesierende Kraft des Alypins ist dieselbe oder, vielleicht, noch etwas grösser, als die des Kokains. 2) Es erweitert nicht die Pupille und beeinflusst nicht die Akkamodation und das Epithel der Hornhaut. 3) Es anämisiert nicht die Gewebe, weswegen 4) es bei kleinen Operationen zusammen mit Kokain angewendet werden muss. Sein Vorzug vor dem Kokain liegt eben darin, dass es die Pupille nicht erweitert. und die Akkamodation nicht paralysiert, was sehr wichtig ist, besonders in der Armenpraxis, da es den Patienten die Möglichkeit giebt, ihre Arbeit bald wieder aufzunehmen. 5) In Fällen, wo eine Blutung möglichst vorgebeugt werden muss, wird das Alypin kaum eine Anwendung finden können.

A. Lawrentjew: «Von Moskau bis Lissabon». (Nr. 10 und 12).

N. Grawirowski: «Ueber die Behandlung des Vorfalls des Rektums nach Thiersch». (Nr. 11).

Gute Resultate in 2 Fällen von Prolapsus totalis.

P. Lewonewski: «Einige Fälle von traumatischen Verletzungen des Kopfes, der Brust- und Bauchhöhle». (Nr. 11).

W. Saposhkow: «Die Malariaerkrankungen unter den Soldaten der 3. Abteilung der Elisawetpolschen Brigade des besonderen Korps der Grenzwache». (Nr. 11).

J. Gopadse: «Zur Behandlung der tuberkulösen Peritonitis». (Nr. 11 und 12).

Ausführliche Beschreibung von 12 konservativ behandelten Fällen tuberkulöser Peritonitis, in 3 wurde die Laparotomie gemacht.

N. Kukowerow: «Sanitätsbericht des Grossherzoglich Hessenschen Feldlazaretts». (Nr. 11 und 12).

W. Didrichson: «Formalin bei gonorrhoischer Cystitis». (Nr. 11).

In einer Lösung von 1:600 gab das Formalin in 6 Fällen absolut keine Resultate.

A. Subbotin: «Die Otoskopie im Feldzuge». (Nr. 11).

W. Uglow: «Ueber die bakteriologische Diagnose des Rotzes». (Nr. 12).

A. Archipow: «Zur Frage über die Aetologie der traumatischen Verletzungen des Trommelfells bei den Soldaten unserer Armee». (Nr. 12).

Verf. beschreibt 17 Fälle von Verletzung des Ohres durch Ohrfeigen, 10 Fälle verschiedener zufälliger Verletzungen und 5 Fälle künstlicher Perforationen des Trommelfells.

J. Violin: «Zur Kasuistik der Schusswunden im Kriege». (Nr. 12).

A. Sacher.

Wratschebnaja Gaseta. (Aerzte-Zeitung). 1906. Nr. 37—42.

N. Ossokin: «Zur Kasuistik der Erb'schen Krankheit». (Nr. 37, 38).

Bei erblich belastetem jungen Manne von 27 a. n., der an einem Lungenkatarrh litt, traten verschiedene Erscheinungen auf, wie geringe Sprachstörung, darauf Schluckbeschwerden, Kaubeschwerden und ähnliches, zuletzt Bulbärerscheinungen und allgemeiner Schwäche. Die Bulbärerscheinungen liessen sich durch die Therapie nicht beeinflussen, die anderen wohl.

P. Alexejew: «Alkoholismus und Verbrechen». (Nr. 36, 37). Nichts Neues.

A. Stscherbakowa: «Familiäre Lungenschwindsucht». (Nr. 37).

Gesunder Kosak und gleichfalls gesunde Frau zeugen 10 Kinder, von denen die ersten gesund, mehrere der späteren d. h. nachdem der Vater seine Dienstpflicht abgeleistet und Alkoholiker geworden ist, tuberkulös waren und mit 17—20 Jahren starben, 2 noch jüngere zeigen manifeste Symptome der Phthise, die jüngsten bisher noch gesund.

E. Kurdinowski: «Ueber den reflektorischen Zusammenhang zwischen Brustdrüse und Uterus und über die wichtige Bedeutung verschiedenartiger Reflexerscheinungen überhaupt in der Physiologie und Pathologie des (schwangeren und nichtschwangeren) Uterus». (Nr. 37).

Der Uterus lässt sich erregen durch Reizungen weit entfernt liegender Organe, eine derartige Erregungsfähigkeit besteht aber allem Anscheine nach auch auf dem entgegengesetzten Wege und Reizungen und Erkrankungen des Uterus können reflektorische Erscheinungen an den verschiedensten Organen hervorrufen.

A. Uspenski: «Sexuelle Sympathie oder Wechselbeziehung zwischen Gehirn- und Geschlechtsorganen». (Nr. 38).

Amblyopia post partum, die 4 Monate andauerte. Nach Eintritt der Regel stellte sich auch das Gesicht wieder ein. Verf. weist auf die immense Bedeutung der Gebärmutter für die Frau hin; in dem Uterus ist das ganze Sein der Frau konzentriert.

B. Wachs: «Chirurgie der Chole- und Nephrolithiasis». (Nr. 38).

Indikationen zum chirurgischen Eingriff nach verschiedenen Autoritäten.

N. Popow: «Meningitis basilaris gummosa». (Nr. 39, 40). Klinischer Vortrag.

Th. Sarzyn: «Zur Operationsfrage bei chronisch-rezidivierender Perityphlitis». (Nr. 39).

Kasuistischer Beitrag.

A. Nikolski: «Ueber die Transplantation der Brustdrüse». (Nr. 41).

Zur Füllung des grossen Defektes, der durch Exstirpation einer karzinomatösen Mamma mit Faszie und Muscul. pect. maj. entstanden war, wurde die andere Mamma der Frau verwandt. Oper. gelang vollkommen.

P. Wachs: «Neuere Fortschritte auf dem Gebiete der Nerven- und Geisteskrankheiten». (Nr. 40).

Referierende Arbeit.

D. Rodoslawow: «Ein Fall von Hernia ossis ilei» (Nr. 42).

In seiner Art einzigartiger Fall; die Hernie bestand seit 10 Jahren bei einer Frau von 60 Jahren und wurde von ihr selbst häufig reponiert.

W. Schiele.

Herausgeber Dr. Rudolf Wanach. Buchdruckerei v. A. Wienecke, Katharinenh. Pr. №15.

Revue der Russischen Medizinischen Zeitschriften.

№ 3. Beilage zur „St. Petersburger Medizinischen Wochenschrift". 1907.

RUSSISCHE MEDIZINISCHE ZEITSCHRIFTEN.

Chirurgija (Chirurgie).
Detskaja Medizina (Kinderheilkunde).
Medizinskoje obosrenje (Medizinische Rundschau).
Medizinskija pribawlenija k morskomu sborniku (Medizinische Beilagen zum Marine-Archiv).
Odontologitscheskoje obosrenje (Odontologische Rundschau).
Obosrenje psichiatrii, newrologii i experimentalnoi psichologii (Rundschau für Psychiatrie, Neurologie u. experimentelle Psychologie).
Pharmazewt (Pharmazeut).
Praktitscheski Wratsch (Praktischer Arzt).
Russki Wratsch (Russischer Arzt).
Russki chirurgitscheski archiw (Russisches Archiv für Chirurgie).
Russki medizinski Westnik (Russische medizinische Zeitschrift).
Russki shurnal koshnych i veneritscheskich bolesnei (Journal für Haut- und venerische Krankheiten).
Shurnal akuscherstwa i shenskich bolesnei (Journal für Geburtshilfe und Frauenkrankheiten).
Shurnal obschtschestwa russkich wratschei w pamjat Pirogowa (Journal russischer Aerzte zum Andenken an Pirogow).
Shurnal russkawo obschtschestwa ochranenija narodnawo sdrawija (Journal der Ges. zur Erhaltung der Volkswohlfahrt).
Ssowremennaja Medizina (Moderne Medizin).
Ssowremennaja Therapija (Moderne Therapie).
Westnik duschewnych bolesnei (Zeitschrift für Geisteskrankheiten).
Westnik oftalmologii (Zeitschrift für Ophthalmologie).
Wojenno-medizinski Shurnal. (Militär-Medizinisches Journal).
Wratschebnaja gaseta (Aerzte-Zeitung).
Wratschebny westnik (Zeitschrift für Aerzte).

Medizinskoje Obosrenje (Medizinische Rundschau) Band LXVI (Juli—Dezember 1906).

N. Kolomenkin: «Zur Kasuistik des wiederholten Kaiserschnittes an ein und derselben Kranken». (№ 13).

Eine Patientin von 20 Jahren war bereits vor einem Jahr mittels Kaiserschnittes entbunden worden und trat nun wieder in die gynaekologische Klinik als Kreissende ein. Kopflage, Muttermund für einen Finger durchgängig, Fruchtsack heil, Foetus lebend, Beckenmaasse D. sp. 23½, D. cr. 24, D. tr. 27, Conjug. ext. 15½, Conjug. diag. 8¼. Sectio caesarea. Der Uterus war in geringer Ausdehnung in Tubenhöhe an der Stelle des alten Schnittes mit dem Bauchfell verwachsen. Im Uebrigen war die alte Narbe nicht erkennbar. Nach Beendigung der Operation, welche ein gut ausgetragenes Mädchen zu Tage förderte, wurden beide Tuben entfernt, indem sie vom Uterus keilförmig abgetrennt und die Exzisionsstellen mit Katgut vernäht wurden. Post operationem trat im linken Parametrium ein Infiltrat auf, welches Temperatursteigerungen verursachte, doch wurde Pat. bald darauf gesund entlassen. Die Entfernung der Tuben, wurde auf Wunsch der Pat. ausgeführt, welche sich bei einer möglichen neuen Schwangerschaft, nicht wieder einer Sectio caesarea unterziehen wollte.

Verf. hält obiges Verfahren für berechtigt, in Fällen, welche weder Frühgeburt noch Pubiotomie zulassen.

B. Egis und N. Langowoi: «Moser's Serum als Heilmittel bei Scharlach». (№ 13).

Als Material zu dieser Arbeit dienten die Scharlachfälle zweier Moskauer städtischer Kinderhospitäler, des Wladimir'schen und des Morosow'schen. Da in beiden Hospitälern das Krankenmaterial der gleichen Volksklasse während derselben Epidemie entstammte, und das Serum für beide Anstalten aus dem Moskauer bakteriologischen Institut bezogen wurde, konnte das Material beider Krankenhäuser gemeinsam statistisch verwertet werden. — Zur Herstellung des Serums wird ½—1 Ccm. Herzblut, an Scharlach verstorbener Kinder in einen Kolben mit 200—300 Ccm. Bouillon gebracht nach 24 Stunden erhält man schon meist Reinkulturen. Diese werden Pferden in eine Vene injiziert. Meist ist die Injektion von Fieber gefolgt, welches wenige Tage anhält, so dass nach 3—7 Tagen, eine neue Injektion gemacht werden kann. Mit der Dosis wird gestiegen bis 50—60 Ccm. Reinkultur pro Injektion erreicht sind. Dann wird 3 Wochen nicht mehr injiziert. Mit der Immunisierung wird nun an demselben Pferde von Neuem begonnen. Die Pferde vertragen das sehr gut und dienen mehrere Pferde in solcher Weise schon 3 Jahre und liefern ein sehr heilkräftiges Serum. Zur Beurteilung der Heilkraft von Serum wird eben an der Ausarbeitung von Methoden gearbeitet.

Das Ergebnis der sehr sorgfältigen statistischen Bearbeitung des Krankenmaterials, bei welcher nach Ausschaltung aller nicht einwandsfreien Fälle 1000 Krankengeschichten in Betracht kamen, ist folgendes:

1. Die Serumbehandlung setzt bei den schweren Scharlachfällen den Prozentsatz der Sterblichkeit herab.
2. Das Serum wirkt vorherrschend antitoxisch.
3. Komplikationen werden vom Serum nicht beeinflusst.
4. Die Injektion soll im Laufe der ersten 3 Krankheitstage gemacht werden.
5. Die Temperatur fällt um so schneller, je früher die Injektion erfolgt, bei Komplikationen langsamer, als in unkomplizierten Fällen.
6. Injiziert werden 100—200 Ccm.
7. Die Individualität des Pferdes bedingt die Heilkraft des Serums.
8. In Fällen von Mischinfektion von Scharlach und Diphtherie konnte bei gleichzeitiger Anwendung von Scharlach- und Diphtherieserum ein bedeutender Effekt konstatiert werden.
9. Praeservativinjektionen bestätigten Moser's Erfahrungen.
10. Die Häufigkeit schwerer Komplikationen in Folge der grossen Serumdosen, die injiziert werden, ist eine Schattenseite der Heilmethode.

A. Prokunin: «Fälle von traumatischen Aneurysmen, welche im 1. Sanitätstrain der Stadt Moskau im fernen Osten zur Beobachtung kam». (Nr. 14).

W. Rosanow: «Zwei Fälle von traumatischem Aneurysma der Subclavia». (Nr. 14).

G. Baradulin: «Pylorusstenose bei Gallensteinen». (Nr. 14).

S. Ssuchanow: «Ueber Alkohol-Paranoia». (Nr. 14).

A. Ssuchow: «Der gegenwärtige Stand der Fürsorge für Epileptische in Russland». (Nr. 14).

M. Kirejew: «Die Temperaturkurve bei Typhus exanthematicus». (Nr. 15).

W. Woltke: «Die spezifische Therapie der Basedow'schen Krankheit». (Nr. 15).

G. Meschtscherski: «Zur Lehre über Akrodermatitis continua Hallopau». (Nr. 15).

S. Abramow: «Eine patologisch-anatomische Untersuchung eines Falles von Bilharziosis (Aegyptische Haematurie), in Verbindung mit der Frage von Urethritis und Cystitis cystica». (Nr. 16).

R. Drobinski: «Die qualitative Bestimmung des Traubenzuckers im Harn nach W. Haines». (Nr. 16).

D. hält diese Reaktion auf Zucker für eine der besten.

W. Rosanow: «Resektion des Blinddarmes bei Neubildungen». (Nr. 17).

R. hat 3 Fälle mit gutem Erfolg operiert und teilt die Krankengeschichten mit.

W. Bogoljubow: «Zur Frage der Halsrippen». (Nr. 17).

Mitteilung über einen Fall von Resektion einer Halsrippe, welcher vor einigen Jahren in der chirurgischen Fakultätsklinik von Rasumowski zur Beobachtung kam.

W. Rosanow: «Ein Fall von angeborener Geschwulst in der Kreuzbeingegend bei einem Kinde». (Nr. 17).

D. Nikolski: «Unglücksfälle bei Arbeitern in Fabriken und Werken». (Nr. 17).

A. Uschakow: «Zur Frage über die interstitielle Extrauteringravidität».

3 Krankengeschichten.

S. Kusmin und U. Litwarew: «Die gummöse und tuberkulöse Salpingitis». (Nr. 18).

Ein Fall von gummöser und einer von tuberkulöser Salpingitis.

W. Schmurlo und W. Kurson: «Ueber die ulzeröse Angina Vincenti». (Nr. 18).

P. Radzich: «Zur Lehre der Entzündung der Highmorshöhle, ausgehend von einem Zahn. (Aus Anlass eines Falles von ischoröser Highmoritis, welche von einem Zahn ausging)». (Nr. 18).

O. Nikiforowa: «Der gegenwärtige Stand der Frage über die Ernährung der Säuglinge». (Nr. 19).

L. Finkelstein: «Morbus Banti bei Kindern». (Nr. 19).

Zwei Krankengeschichten.

A. Sswoechotow: «Zur Lehre der Enteroptosis». (Nr. 19).

Unter 57 Leichen, welche Verf. in fixiertem Zustande untersuchte, fand sich 3 mal Dislokation der Bauchorgane, welche in die Kategorie der uns interessierenden Abweichungen sich einreihen lassen. Verf. teilt 3 Protokolle von Sektionen solcher Leichen mit; zwei von ihnen wurden in aufrechter Stellung und eine in liegender Stellung untersucht.

S. Beresowski: «Ueber die Indikationen zur Extraktion verschiedener Projektile im Zusammenhang mit den durch sie verursachten pathologischen Veränderungen in den benachbarten Gewebspartieen». (Nr. 20).

G. Baradulin: «Cyste des ganzen Wurmfortsatzes». (Nr. 20).

A. Ssuchow: «Die wünschenswerte Regulierung der Fürsorge für Epileptische in Russland». (Nr. 20).

E. Dobrosrakow: «Milzruptur bei Typhus recurrens». (Nr. 21).

W. Winogradow: Zur Frage der Oxalsäurevergiftung». (Nr. 21).

W. hat bei den von ihm beobachteten Fällen von Oxalsäurevergiftung einem Symptom besondere Aufmerksamkeit geschenkt: das ist die Veränderung von Seiten der Nieren und der Blase; es trat völlige Anurie ein, welche 20—48 Stunden dauerte. Dabei trat Anasarka auf, besonders im Gesicht, welches bis zur Unkenntlichkeit anschwoll. Der Puls war kaum fühlbar, während das Herz gut arbeitete. Auf die Anurie folgte eine starke Polyurie und der Puls besserte sich. Verf. ist der Ansicht, dass es sich bei diesen Erscheinungen um eine spastische Kontraktion der Gefässe handeln müsse.

W. Serenin: «Eine Bemerkung über das Stovain». (Nr. 21).

S. hat das Stovain häufig angewandt und ist mit dessen anaesthesierender Wirkung äusserst zufrieden. Da die Stovainlösung unbeschadet sterilisiert werden kann und weniger toxisch wirkt als Kokain, zieht S. das Stovain dem Kokain vor.

L. Sswershewski: «Harter Schanker der Rachentonsillen». (Nr. 22).

Die aussergeschlechtliche Infektion mit Syphilis beträgt in Russland 12—85 pCt Der erste Kongress russischer Syphilidologen stellte fest, dass die Syphilisinfektion bei der Landbevölkerung in 70 pCt. auf aussergeschlechtlichem Wege erfolgt. In den Städten ist der Prozentsatz niedriger. Verf. teilt 15 Fälle von Syphilis der Rachentonsillen mit und weist auf die differentialdiagnostisch wichtigen Momente hin.

W. Bogoljubow: «Zur Kasuistik der Neubildungen der Brustdrüsen bei Männern». (Nr. 23).

Zwei Krankengeschichten.

P. Gussew: «Zur Frage der traumatischen Schädelverletzungen». (Nr. 23).

Zehn Fälle, von welchen 8 operiert wurden.

L. Lewschin: «Zur Behandlung der Pestbeule im Gesicht». (Nr. 23).

S. Beresowski: «Ein Fall von angeborenem Divertikel der männlichen Harnröhre». (Nr. 23).

W. Serenin: «Zur Frage des Pes valgus». (Nr. 24).

W. Rosanow: «Zur Frage der Anaesteslerung nach der Schleich'schen Methode». (Nr. 24).

S. Ssuchanow: «Die Beziehung des chronischen Alkoholismus zum periodischen Trinken». (Nr. 24).

E. v. Mickwitz.

Russki Shurnal koshnych i weneritscheskich bolesnei. (Russisches Journal für Haut- und Geschlechtskrankheiten). Bd. XI. Nr. 1—9.

W. Terebinski: «Ueber das multiple benigne Sarkoid der Haut (Boeck). Benignes Miliar-Lupoid».

30-jährige Pat. mit 3 Jahre bestehendem Leiden. Verf. gelangt bei seinen Untersuchungen zu folgenden Schlussfolgerungen:

1) Es ist wünschenswert eine besondere Gruppe der «sarkoiden» Geschwülste abzutrennen, zu welcher die Affektionen mit unbestimmtem pathologisch-anatomischem Charakter zu gehören hätten.

2) In Folge ihrer pathologisch-anatomischen Unbestimmtheit müssten die sarkoiden Geschwülste vom Typus Boeck dazu gehören, obgleich sie nicht in die von Spiegler und Joseph charakterisierte Klasse der Sarkoide hineinpassen.

3) Im Allgemeinen kann der Lymphapparat bei dieser Krankheit in demselben pathologisch-anatomischen Sinne beteiligt sein. Es ist nicht genügend begründet diese Veränderungen ausschliesslich auf Tuberkulose zu beziehen.

4) Klinische Beobachtung und Untersuchung bestätigen nicht die ausschliessliche Abhängigkeit der Hautveränderungen von denen der Lymphdrüsen, in welchen das infizierende Agens enthalten sein soll. (Hypothese von Boeck).

5) Die Bildung neuer Knoten kann meist durch Arsentherapie hintangehalten werden. Sehr wichtig sind Allgemeinbefinden des Organismus und Lebensbedingungen. Eine akute Verschlimmerung letzterer kann auch ungeachtet Arsen eine Eruption der Knoten hervorrufen.

P. Banabashew: «Echinokokkus des Auges».

In Russland ist der Echinokokkus selten. In diesem Falle bestand das Leiden ca. ein Jahr. Die Kapsel war mit dem Bulbus stark verwachsen, das Herauspräparieren war schwierig. Wundverlauf war fieberlos, die Wunde verheilte rasch. In der Flüssigkeit konnte keine Bernsteinsäure nachgewiesen werden.

W. Friedrichson: «Ein Fall von zerebrospinaler Syphilis während des sekundären Stadiums».

24-jähriger Patient. 1½ Monate nach Auftreten der Primärinduration Erscheinen eines kleinpapulösen Ausschlages. Energische Injektionsbehandlung, trotzdem nach 1 Monat zerebrale und myelitische Symptome. Keine Besserung trotz energischer kombinierter Hg und Jodbehandlung.

W. Kudisch: «Einige Tripperfälle bei Kindern. (Gonorrhoea infantium).

Der Infektionsmodus liess sich in einigen Fällen nicht feststellen.

K. Jegorow: «Zur Kasuistik der galoppierenden malignen Syphilis».

Symptome der Spätperiode traten schon 1 Monat nach dem Primäraffekt auf. Pat. stammte von einem Alkoholisten, war selbst ein solcher und litt an Malaria.

W. Berger: «Dehner und Spüldehner bei Behandlung der Urethritis».

Empfehlung der Methode von Abuländer-Kollmann.

A. Tscherkasski: «Ein Fall von multipler syphilitischer Rupia.

Ungefähr 200 Effloreszenzen von 2—6 Ctm. im Durchmesser.

W. Boikow: «Schattenseiten der Radiumtherapie — lokale und entfernte neoplastische Adenopathie».

Ulcus rodens bei einer 28-jährigen Pat., deren Mann an Lues leidet. Sie selbst hat vergrösserte Drüsen, die nach 5—7 Radiumbestrahlungen des Kankroids sich noch vergrössern.

W. Kudisch: «Ein Fall von hereditärer Syphilis mit Beteiligung des Nebenhodens. (Epididymitis secundaria)».

2½ Monate nach Geburt des gesund geborenen Kindes traten Papeln auf, ausserdem schuppende Papeln an den Fersen und Epididymitis.

H. Wossidlo: «Zur Behandlung der Urethralstrikturen».

Empfiehlt Sondierung und Urethroskopie.

W. Kissel: «Ein Fall von Pemphigus vulgaris».

Für das Leiden wurde eine Erkältung verantwortlich gemacht. Der günstig verlaufende Fall bot keine Besonderheiten. Hinsichtlich der Therapie war zu bemerken, dass nach Injektion von Spermin Pöhl akute Nephritis beobachtet wurde, nach Abklingen der Erscheinungen und nochmaliger Infektion ebenfalls Nephritis.

W. Terebinski: «Ein Fall von partiellem Ergrauen des Kopfes bei einem Syphilitiker».

Ungenügend behandelter Fall. Das Ergrauen schloss sich an das Auftreten einer Papel auf dem Scheitel.

W. Kudisch: «Drei Fälle von Xeroderma pigmentosum Kaposi in einer Familie».

3 Geschwister waren von dem Leiden befallen, bei zwei von ihnen Uebergang in Karzinom.

A. Poltawzew: «Zur Kasuistik der hereditären Syphilis».

14-jähriger Pat. Infantilismus. Keratitis parenchym. Schwerhörigkeit. Frisches suberöses Syphilid auf der Nase, Oberlippe und am weichen Gaumen.

W. Kudisch: «Ein Fall von Lepra tuberosa».

Der Fall stammt aus Kiew, wo Lepra im Ganzen seltener ist. Im Ganzen sind in Kiew und Umgegend 10 Leprafälle bekannt geworden. Ein Leprosorium existiert dort nicht.

W. Terebinski: «Materialien zur Lehre von dem frühen oberflächlichen syphilitischen Ekthyma».

Historischer Ueberblick bis auf die Neuzeit.

G. Wolfsohn: «Ein Fall von vollkommener Verwachsung des weichen Gaumens mit der hinteren Kehlkopfwand, auf Syphilis beruhend».

Die Atmung konnte nur durch den Mund vor sich gehen. Die linke Seite der Epiglottis fehlte vollkommen.

J. Selenew: «Herpes zoster, durch Quecksilber hervorgerufen».

Mitteilung 2-er Fälle. In beiden Infektionsbehandlung mittels Hydr. bibromic.

Wichert.

Westnik Oftalmologii. (Zeitschrift für Ophthalmologie). Januar—Februar 1907.

E. Neese: «Zwei Fälle von intraokularem Tumor in atrophischen Augen».

Sehr ausführliche klinische und mikroskopisch-anatomische Beschreibung. Im ersten Falle handelte es sich um ein Kind von anderthalb Jahren. Vor der Enukleation war die Diagnose strittig gewesen. Die Sektion ergab ein Gliom, welches zum Teil in Zerfall begriffen war. Exsudate, Schwarten und Verwachsungen, veranlasst durch gleichzeitige Irido-Chorioiditis und Cyclitis, hatten das Gliom gedeckt und dessen Diagnose erschwert.

Im zweiten Falle war es eine Frau, die an Sarkom der Brust operiert worden war. Der Tumor im Auge war also gewiss metastatischen Ursprungs. Sekundärglaukom war hinzugetreten. Im Auge fand sich ein melanotisches Sarkom.

W. Frank: «Klinische Beobachtungen über die Wirkung der blau-violetten Strahlen im Spektrum des Wolt'schen Bogens auf Erkrankungen der Hornhaut».

Acht Krankengeschichten werden ausführlich mitgeteilt und die rein technische Seite der Behandlung wird beschrieben. Im Ganzen soll die Behandlung günstig wirken.

J. Wars Mawski: «Zur Kasuistik der rezidivierenden Paralyse des N. oculomotorius».

Ein 46 a. n. Mann hatte im Laufe zweier Jahre, während welcher er beobachtet wurde, 7 Anfälle. Vor vielen Jahren hatte er eine Kopfverletzung erlitten: Schlag mit stumpfem Gegenstande. Ausserdem litt er schwer an Malaria.

Derselbe: «Ein Fall akuter beiderseitiger Entzündung der Tränendrüsen».

A. Sitschow: «Primärer Sehnerventumor».

Am Bulbus und am Foramen opticum ist die Geschwulst 10 Mm. dick, in der Mitte 25 Mm., die äussere Sehnervenscheide ist intakt. Die Entfernung der Geschwulst gelang leicht mit Belassen des Auges in der Orbita. Die anatomische Untersuchung ergab ein Fibro-melanosarkom.

A. Natanson: «Resorption der Linsenkapsel nach atypischer Operation der Katarakt an einem Kinde».

Zweijähriger Knabe. Diszision der vollständig trüben Linse. Am anderen Tage liegt die Linse in der vordern Kammer, ist also durch das Sehloch durchgeschlüpft. Es folgt die lineare Extraktion. Nach 3 Monaten ist in der vorderen Kammer nichts von Linsenresten zu finden. N. hält es für bemerkenswert, dass auch die Linsenkapsel vollständig resorbiert wurde.

A. Merz: «Bericht über die Tätigkeit der Augenabteilung am zweiten Eugenie Hospital zu Irkutsk vom 13. November 1904 bis 30. Oktober 1905».

In Summa 459 Augenkranke. Die Gruppe der Augenverletzungen 57, Verletzungen im Kampfe durch Schuss oder Hiebwaffen 47, darunter: Verletzungen der Augen mit gleichzeitiger Verletzung der Schädelknochen 17 Fälle, reine Augenverletzungen 15, Gesichts- und Augenverletzungen kombiniert in 15 Fällen, Verletzungen durch Flinten-, Chrappnel- und Revolverkugel 45, durch kalte Waffe 2. Folge der Verletzung war doppelseitige Erblindung 3 Mal, einseitige Erblindung 29 Mal, teilweiser Verlust der Sehkraft 10 Mal, ohne Schädigung der Sehkraft verliefen 4 Fälle. Kurze Krankengeschichten der interessanteren und komplizierten Verletzungen.

St. Petersburger Ophthalmologische Gesellschaft.

Sitzung am 15. Dezember 1905.

Th. Germann: «Ueber Aetiologie und Prophylaxe des Trachoms».

Für den X. Pirogow-Kongress in Moskau hatte Germann in zehn Sätzen seine Erfahrungen zusammengefasst. Interessenten finden den deutschen Text dieser Sätze in der Zeitschrift für Augenheilkunde Januar 1907. Band 17. Heft 1 pag. 90. In der Diskussion wird die Zulässigkeit einer Laienhilfe angegriffen.

W. Filipow: «Ueber intraokulare Desinfektion durch Jodoform».

Für die Praxis ist die Einführung von Tabletten, Stäbchen, Emulsion, Jodoformpulver in die Kammer und in den Glaskörperraum nicht zu empfehlen.

Sitzung am 26. Januar 1906.

A. Tschemolossow: «Demonstriert einen Patienten mit Keratitis neuroparalytica nach Exstirpation des Ganglion Gasseri».

J. Selenkowski: «Ueber Behandlung des Trachoms mit Radiumbestrahlung».

Sitzung am 16. Februar 1906.

J. Selenkowski stellt zehn mit Radium behandelte Trachomkranke vor.

In einem Glasröhrchen sind 10 Mg. Radium eingeschmolzen. Das Röhrchen wird auf die mit Trachomkörnern behafteten Stellen gelegt bei häufigem Platzwechsel. Jede Sitzung ansteigend von 2 bis 10 Minuten. Sitzungen meist über einen Tag. Sehr viel Zeit raubende Behandlung. Die demonstrierten Fälle fordern jedenfalls zur Nachprüfung auf.

A. Tschemolossow stellt einen Patienten vor, dem wegen Epilepsie beiderseits die oberen Halsganglien des N. sympath. entfernt wurden. Nach der Operation zeitweilig Ptosis, erweiterte Pupille, Augendruck herabgesetzt. Die epileptischen Anfälle hörten auf.

A. Schulebin: «Ueber die Wirkung des Alypins auf das Auge».

Sitzung vom 23. März 1906.

A. Tschemolossow: «Ueber Sehstörungen bei Vergiftung mit Holzspiritus».

Bringt eine Literaturübersicht und eigene Fälle. T. bestätigt die schlechte Prognose dieser Vergiftung; fast immer ist Erblindung die Folge.

Sitzung am 20. April 1906.

G. Kanzel: «Ueber Ergotinkatarakt».

Genaue Krankengeschichte eines demonstrierten und operierten Falles. Im Heimatsdorfe des Patienten hatte eine Massenvergiftung mit Mutterkorn stattgefunden.

E. Terentjew: «Ueber Behandlung mit Jecquiritol».

Der therapeutische Wert der Behandlung ist unsicher und nicht ohne Gefahr.

G—n.

Wratschebnaja Gazeta (Aerzte-Zeitung). 1905. Nr. 41—48.

J. Altschuller: «Ueber den Bestand und die Behandlung der Verwundeten im Feldreservehospital Nr. 1 in der Mandschurei». (Nr. 41, 42, 44, 47).

Das Hospital befand sich immer in engem Kontakt mit der fechtenden Armee und versorgte Verwundete aus allen grösseren Schlachten des Krieges. Im Ganzen wurden 1226 Verwundete aufgenommen, von denen 71,5 pCt. vollständig reine aseptische Wunden präsentierten. Von allen Aufgenommenen genasen gegen 25 pCt., starben 4,66 pCt., wurden invalide 2 pCt., wurden evakuiert ungebessert 18,68 pCt., gebessert 48,68 pCt. Es wiesen auf Wunden von Gewehrschüssen 74 pCt., Artilleriegeschossen 24 pCt., kalten Waffen 2 pCt. Die Verwundeten verblieben im Hospital im Durchschnitt nur 11 Tage. Wunden der Weichteile der oberen und unteren Extremitäten fanden sich in 33 pCt. der Fälle, der Gelenke in 27 pCt., penetrierende Brustschüsse in 13 pCt., Schädelschüsse in 6 pCt., Bauchschüsse in 3 pCt. und Wirbelsäuleverletzungen in 3 pCt. Die restierenden 15 pCt. verteilen sich auf Hals, Gesicht etc. Als am gefährlichsten erwiesen sich die Verletzungen des Rückenmarkes, Unterleibes und Kopfes, bedeutend günstiger verliefen die Brustschüsse, noch günstiger die Verletzungen der Gelenke und grossen Röhrenknochen, verhältnissmässig wenig gefährlich waren die Weichteilschüsse. Die Gewehrgeschosse verursachten bedeutend weniger schwere Verwundungen als die Chrapnells und Granatsplitter. Es wurden im Ganzen 347 Operationen ausgeführt, mit 11 Todesfällen und 26 Fällen voller Genesung. 25 Verwundete wurden evakuiert ohne durch die Operation gebessert zu sein, 269 mit Besserung, 16 als Invalide.

P. Wachs: «Neuere Fortschritte auf dem Gebiete der Nerven- und Geisteskrankheiten». (Nr. 41, 43).

F. Stroinowski: «Zur Frage der gerichtlich-medizinischen Expertise» (Nr. 42, 43, 45, 46, 47, 48).

D. Rodoslawow: «Ein Fall von Hernia ossis ilei». (Nr. 42).

Noch nie beschrieben, 60 Jahre alte Bäuerin, die seit vielen Jahren an einer tuberkulösen Koxitis leidet; hierdurch Knochendefekt im Os ilei.

J. Jefimow: «Eine neue Methode der Diagnose der Helminthiasis aus dem Harn». (Nr. 43).

5—10 Tropfen Liquor. Bellostii werden mit einwenig Urin gekocht im Reagenzglase. Bei Anwesenheit von Eingeweidewürmern nimmt die sonst weisse Trübung und der weisse Niederschlag eine dunkelgraue bis schwarze Farbe an.

S. Suchanow: «Ueber den pathologischen Alkoholrausch und die klinischen Varietäten des Delirium tremens». (Nr. 44).

S. unterscheidet 4 Formen, 1) Delirium tremens typicum, 2) Delirium trem., bei dem das Phantasieren im Vordergrunde steht, 3) eine epileptische Form, 4) Delirium tremens febrile.

J. Krenitzki: «Zur Röntgenbehandlung der Leukämie». (Nr. 44).

Negatives Resultat in 2 Fällen.

A. Saltykow: «Die Serumbehandlung des Scharlachs nach den vorliegenden Mitteilungen». (Nr. 44).

W. Tschernow: «Zur Diagnose und Behandlung der sporadischen und epidemischen Cerebrospinalmeningitis». (Nr. 45, 46).

Die Lumbalpunktion hält Autor für unschädlich für den Kranken, von Wichtigkeit zur Sicherung der Diagnose, doch ohne Einfluss auf den Verlauf der Krankheit, die symptomatisch zu behandeln ist.

P. Wachs: «Uebersicht über die neuesten Fortschritte in der Chirurgie». (Nr. 45, 47).

A. Schkarin: «Ueber den Unterschied zwischen der natürlichen und künstlichen Ernährung des Neugeborenen vom biologischen Standpunkte aus». (Nr. 47).

Bei Experimenten an Meerschweinchen erwies es sich, dass bei den künstlich genährten der Organismus nicht imstande ist so prompt bei schädigenden Injektionen Prazipitine zu bilden, wie bei von der Mutter genährten.

G. Wlajew: «Ueber die Bedeutung der Wanderniere bei der Erkrankung der Bauchhöhle (Magen, Darm) an Krebs». (Nr. 48).

Leicht Irrtümer möglich, doch zu beachten, dass bei Karzinom der Kranke nie länger wie 2 Jahre leben bleibt. Die Wanderniere kann als Stimulus zur Entwicklung eines Krebses dienen.

N. Kulbin: «Eine neue Methode der Kombination der manuellen Massage mit Elektrisation». (Nr. 48).

Vorschlag eines Gummihandschuhes, der auf der Innenseite mit einer Reihe kleiner Messingketten besetzt ist in Art eines Kettenpanzers. Durch die Ketten lässt man den elektrischen Strom hindurchgehen.

N. Blumenau: «Zur Kasuistik der Behandlung des Aortenaneurysmas mit Gelatine». (Nr. 48).

Nach 4 Einspritzungen deutliche Verkleinerung des Aneurysma.

W. Schiele.

Herausgeber Dr. Rudolf Wanach. Buchdruckerei v. A. Wienecke, Katharinenh. Pr. № 15.

Revue der Russischen Medizinischen Zeitschriften.

№ 4 u. 5. Beilage zur „St. Petersburger Medizinischen Wochenschrift". 1907.

RUSSISCHE MEDIZINISCHE ZEITSCHRIFTEN.

Chirurgija (Chirurgie).
Detskaja Medizina (Kinderheilkunde).
Medizinskoje obosrenje (Medizinische Rundschau).
Medizinskija pribawlenija k morskomu sborniku (Medizinische Beilagen zum Marine-Archiv).
Odontologitscheskoje obosrenje (Odontologische Rundschau).
Obosrenje psichiatrii, newrologii i experimentalnoi psichologii (Rundschau für Psychiatrie, Neurologie u. experimentelle Psychologie).
Pharmazewt (Pharmazeut).
Praktitscheski Wratsch (Praktischer Arzt).
Russki Wratsch (Russischer Arzt).
Russki chirurgitscheski archiw (Russisches Archiv für Chirurgie).
Russki medizinski Westnik (Russische medizinische Zeitschrift).
Russki shurnal koshnych i weneritscheskich bolesnei (Journal für Haut- und venerische Krankheiten).
Shurnal akuscherstwa i shenskich bolesnei (Journal für Geburtshilfe und Frauenkrankheiten).
Shurnal obschtschestwa russkich wratschei w pamjat Pirogowa (Journal russischer Aerzte zum Andenken an Pirogow).
Shurnal russkawo obschtschestwa ochranenija narodnawo sdrawija (Journal der Ges. zur Erhaltung der Volkswohlfahrt).
Ssowremennaja Medizina (Moderne Medizin).
Ssowremennaja Therapija (Moderne Therapie).
Westnik duschewnych bolesnei (Zeitschrift für Geisteskrankheiten).
Westnik oftalmologii (Zeitschrift für Ophthalmologie).
Wojenno-medizinski Shurnal. (Militär-Medizinisches Journal).
Wratschebnaja gaseta (Aerzte-Zeitung).
Wratschebny westnik (Zeitschrift für Aerzte).

Praktitscheski Wratsch (Praktischer Arzt). 1906. Nr. 1—21.

D. Shbankow: «Die Verteidiger der allgemein-landschaftlichen Organisation zur Hilfeleistung bei Hungersnot». (Nr. 1).

Verfasser beleuchtet allerlei Schäden dieser Organisation.

A. Fränckel: «Zur Frage der Behandlung der fibrinösen Pneumonie». (Nr. 1 und 2).

Verfasser bespricht die Therapie der Pneumonie, besonders die Darreichung von Digitalis zur Regulierung der Herztätigkeit.

A. Manuilow: «Die Anwendung des blauen elektrischen Lichtes bei verschiedenen Erkrankungen». (Nr. 1 und 2).

St. von Stein: «Ein neuer universaler Dynamometrograph und ein Ergograph, die klinische Bedeutung dieser Apparate besonders in Bezug auf Erkrankungen des Labyrinthes». (Nr. 2—3).

Genaue Beschreibung des Apparates mit sehr übersichtlichen Abbildungen und Anführung eines grossen und sehr genauen Materials einschlägiger Krankengeschichten.

S. Melkich: «Ueber die Erkrankung des Pankreaskopfes. Die praktische Bedeutung der Schwierigkeit der Differentialdiagnose zwischen Krebs des Pankreaskopfes und chronischer Pankreatitis». (Nr. 3—7).

S. Suchanow und L. Felizina-Gurwitsch: «Zur Kasuistik eigenartiger Fälle hysterischer Psycho-Neurosen». (Nr. 4).

H. Senator (Berlin): «Ueber die diätetische Behandlung des Magengeschwüres». (Nr. 6).

(Mitteilung im Verein für innere Medizin. 1906. Januar).

M. Lion: Zur Frage der Behandlung der Epilepsie». (Nr. 7, 8, 9).

N. Kuschew: «Ueber die Behandlung der nichtzuckerhaltigen vermehrten Harnausscheidung mit subkutanen Strychnininjektionen». (Nr. 8).

K. hat bei 3 Fällen von Diabetes insipidus keine so günstigen Resultate der Behandlung gesehen, wie sie einige Autoren angeben.

J. Orschanski: «Rückenmarksschwindsucht und das Phänomen der Knieüberstreckung (Genu vecurvatum)». (Nr. 9).

K. Schultz: «Ileus et atropinum». (Nr. 10—17).

Verf. empfiehlt auf Grund eigener Erfahrungen (Anführung zahlreicher Krankengeschichten) den Gebrauch von Atropin auf das Wärmste.

M. Silberstrom: «Zur Frage der Identität der Streptokokken». (Nr. 11).

L. Dmitrenko: «Ueber die Methylen-Reaktion». (Nr. 10).

W. Fedorow: «Ueber die Syphilis der Nachgeburt». (Nr. 11 und 12).

P. Portugalow: «Ueber Agoraphobie bei einem amnestierten politischen Verbrecher». (Nr. 13).

P. Shegalkin: «Ueber die Alkaleszenz des Blutes bei Krebskranken». (Nr. 14).

S. Dibailow: «Wieweit kann man Ichthyol durch Thigenol ersetzen». (Nr. 16).

J. Klimow: «Ueber chronische Nierenerkrankungen im Kindesalter». (Nr. 16—22 incl.).

Gestützt auf zahlreiche durch ausführliche Krankengeschichten belegte eigene Erfahrungen kommt Verf. zu wichtigen Endresultaten, die er in zwölf Punkten zusammfasst.

S. Unterberger: «Zur Frage der Frühsymptome der Schwindsucht». (Nr. 17 und 18).

W. Wojatschek: «Weitere Vervollkommnung der qualitativen Bestimmung des Gehörs». (Nr. 19 und 20).

G. Grossmann: «Zur Frage der Besessenen (Klikuschken)». (Nr. 19).

M. Saussailow und E. Telitschenko: «Ueber chirurgische Ligaturen». (Nr. 20).

W. Predtetschenski: «Die nicht-spezifische Heilwirkung der Serumarten». (Nr. 21).

Verf. hat Kaninchen zu seinen Experimenten benutzt und gelangt zur Ansicht, dass z. B. das Antidiphtherieserum bei verschiedenen Infektionskrankheiten Heilung bringt. Aehnliche Wirkung haben auch angeblich andere antitoxische und antibakterielle Serumarten.

C. Lehmann.

Russki Wratsch (Russischer Arzt), 1906. Nr. 37—52.

S. Hagentorn: «Geschwülste der Augenhöhle in Folge von Sinuitis frontalis chr. cum dilatatione». (Nr. 37).

Beschreibung von 2 Fällen, die von H. operiert wurden und genasen.

M. Chanutina: «Ueber 2 Fälle von Sklerodermie». (Nr. 37).

V. Shukowski: «Die Infektion durch die Nabelschnur, eine neue Methode der Vakzination». (Nr. 37).

Mehr wie 100 Neugeborene sind auf diese Weise mit gutem Erfolg geimpft worden. Die Kontrollimpfungen, welche an den Kindern nach einem Monat und noch später ausgeführt wurden, blieben ohne Erfolg. Die Nabelschnur fällt ohne irgend welche Komplikationen ab und mit ihr verschwinden auch die übrigen Spuren. Bei 2 Kindern, welche eines plötzlichen Todes gestorben waren, war bei der Sektion nichts von der Impfung zu entdecken.

S. Brustein und G. Nachsidow: «Zur Frage über die physischen Anfälle bei Dementia praecox». (Nr. 37).

M. Natschadimenko: «Zur Frage über die Epidemiologie und Prophylaxis der Diphtherie». (Nr. 37).

K. Lewonewski: «Ein Fall von glatten metallischen Fremdkörpern im Verdauungskanale». (Nr. 37).

Ein 17-jähriger Kosak hatte an einem Tage 14 Flintenkugeln, am folgenden Tage 31 verschluckt (Mantelgeschosse). Ein Teil derselben ging per anum ab, ein Teil blieb im Magen. Da nach 1 Monat und 12 Tagen im Magen noch Fremdkörper vermittelst Röntgenstrahlen festgestellt werden konnten und der Zustand des Kranken schlechter wurde und sich Kotbrechen einstellte so entschloss sich L. für Operation und extrahierte 11 Kugeln. An denselben waren auch nicht die geringsten Veränderungen wahrzunehmen, und wiesen sie mit 11 zur Kontrolle gewogenen Kugeln eine Gewichtsdifferenz von nur 0,372 auf, ein Beweis, wie allmählig das Blei im Magen resorbiert wird.

G. Turner: «Ueber Pathologie und Therapie des Genu valgum». (Nr. 38).

Das Material der von T. geleiteten Klinik der militärmedizinischen Akademie ergiebt auf 5662 Fälle in 5 Jahren 263 mit Genu valgum, von welchem 179 Männer und 83 Frauen waren. Aus diesen Ziffern kann man die Schlüsse ziehen, dass das Genu valgum verbreiteter ist als das Genu varum und dass das weibliche Geschlecht seltener daran leidet als das männliche.

G. Likudi: «Das Veronal und seine therapeutische Bedeutung». (Nr. 38 und 39).

Auf Grund seiner Untersuchungen ist L. der Ansicht, dass das Veronal eines der besten schlafmachenden Mittel ist, da es relativ gefahrlos ist und sicher wirkt (in 78 pCt. der Fälle). Die mittlere Dosis ist für Frauen 0,3 und für Männer 0,5 gr. Der Schlaf stellt sich gewöhnlich nach ½ Stunde ein und dauert 6—9 Stunden (in 73 pCt.) und ist seinem Charakter nach (Tiefe und subjektive Empfindung) sehr ähnlich dem normalen. Seine schlaferregende Wirkung beeinträchtigen Schmerzen, Atemhindernisse und Fieber (über 39°). Am besten wirkt Veronal bei Nervenleiden und zeitweiliger Schlaflosigkeit, die nicht durch rechte organische Veränderungen bedingt wird. — Da der Körper sich bald an dieses Mittel gewöhnt, so ist es nicht mehr als 3 Tage nach der Reihe anzuwenden, darauf dann in Intervallen. An Nebenwirkungen waren zu verzeichnen: Schwindel (10,2 pCt.) und Kopfschmerz (7,7 pCt.). Auf die Nachtschweisse bei Phthisis wirkt es günstig, indem dieselben verringert werden.

S. Cholmogorow: «Die Behandlung des starken Speichelflusses während der Schwangerschaft mit Atropin». (Nr. 38).

Das Atropin wurde in 3 Fällen angewandt. Es beseitigt allerdings nicht vollständig den Speichelfluss, aber verringert ihn zeitweilig und schützt dadurch den Organismus vor dem Verfall. Wie die Beobachtungen beweisen, genasen die Kranken vollständig. Der Speichelfluss hörte von selbst auf nach den ersten Kindsbewegungen, es braucht also gegen ihn nur in der ersten Hälfte der Schwangerschaft angekämpft zu werden, das übrige besorgen die Naturkräfte.

B. Solowzow: «Zur Frage über die Gerinnung der Milch durch Labferment». (Nr. 38).

P. Ikonnikow: «Zur Kasuistik der wahren, nicht parasitären Cysten der Leber». (Nr. 38).

Die Punktion, als Behandlungsmethode der Cysten, ist häufig gefährlich und giebt immer schlechte Resultate, und sollte daher ganz aufgegeben werden. Im Falle der Unmöglichkeit der vollständigen Entfernung der Cystensäcke ist die Einnähung derselben in die Bauchwunde der Entleerung derselben und festen Vernähung vorzuziehen. Eine Ausschabung der Innenwand ist bei Cystadenomen durchaus unzweckmässig, da sie Blutungen hervorrufen und bewirken kann, dass die Geschwulst sich weiter verbreitet und einen bösartigen Charakter annimmt.

S. Simnizki: «Einige Angaben über Krioskopie des Urins bei Diabetes». (Nr. 39 und 40).

A. Woloschin: Zur Frage über den Mikroorganismus bei Syphilis». (Nr. 39).

A. Bilina: «Zur Kasuistik der primären chronischen fibrinösen Bronchitis». (Nr. 39).

W. Larionow: «Die feine Struktur und neue Färbung des Gehirns des Menschen und der Tiere». (Nr. 40).

S. Schuëninow: «Zur Frage über die primären Atrophieen der Leber». (Nr. 40 und 41).

S. Neporoshny: «Einige experimentelle und klinische Ergebnisse über das spezifische antituberkulöse Serum». (Nr. 40).

G. Magakian: «Thrombose der Pfortader». (Nr. 40).

Die Thrombose der Pfortader giebt sowohl klinisch wie pathologisch-anatomisch ein ziemlich abgeschlossenes Bild und häufig, wenn auch nicht immer, kann man eine Gruppe von Anfällen beobachten, durch die eine richtige Diagnose gestellt werden kann. Unter den Ursachen, die zur Bildung von Thromben führen, ist verhältnissmässig häufig die primäre Erkrankung der Gefässwände zu beobachten.

N. Tschistowitsch: «Pseudoleukämie mit periodischem Fieber». (Nr. 41).

Was das klinische Bild anbetrifft, so ist es in erster Linie das Fieber, welches einen besonderen Typus aufwies. Die 38-jährige, sehr abgemagerte, stark anämische Patientin fieberte 1½—2 Wochen, um dann ebenso lange Zeit oder noch etwas länger wieder fieberfrei zu bleiben. Die Lymphdrüsen waren nicht befallen. Alle Mittel blieben ohne Erfolg, bis schliesslich der Gebrauch von Jodkali eine endgültige Heilung herbeiführte.

A. Krimow: «Ueber Nierensteine». (Nr. 41).

Probelektion.

L. Uskow und P. Kalatschew: «Ueber Behandlung der Leukämie mit X-Strahlen». (Nr. 41 und 42).

Die X-Strahlen bedingen eine tiefe und komplizierte Wirkung auf den Organismus. Die X-Strahlen sehr weicher Röhrchen (W. 5) wirken in erregender Weise auf die blutbildenden Organe und befördern die Entwicklung der Formelemente des Blutes. Die X-Strahlen von weichen Röhrchen und von solchen mittlerer Weichheit (W. 6—7) vernichten die weissen Blutkörperchen, beschränken ihre Bildung und üben einen wohltuenden Einfluss auf die objektiven und subjektiven Anfälle von Leukämie aus. Die Folgewirkung dieser Strahlen kann aber zu einer ungenügenden Tätigkeit der blutbildenden Organe und zu einer Verschlechterung des Zustandes des Kranken führen. Frische Formen Leukämie werden schneller und besser beeinflusst als verschleppte.

Th. Sarzin: «328 Operationen mit Hülfe von Lokalanaesthesie eines Gemischs von Kokain-Adrenalin». (Nr. 41).

Zu den Injektionen wurde gebraucht eine Mischung von Adrenalin (1:1000) 6,0 Kokain muriat. 0,3. Aq. destill. 60,0. Die Hauptvorzüge bestehen darin, dass die Wirkung bei ⅓ pCt. Gehalt von Kokain einer bedeutend stärkeren Lösung des letzteren entspricht und dabei vollständig gefahrlos ist, so dass auch grössere Mengen eingespritzt werden können.

D. Sabolotni: «Zur Frage über die Pathogenese der Syphilis». (Nr. 42).

Auszüge des Vortrages, gehalten auf dem Syphilidologenkongress in Bern.

M. Tschlenow: «Ueber experimentelle Syphilis bei Affen». (Nr. 42 und 43).

B. Cholzew: «Zur Pathologie und Pathogenese der Anurie». (Nr. 42).

V. Adamük: «Lokales Amyloid der Augenlider, experimentell hervorgerufen bei Kaninchen». (Nr. 42).

G. Schar: «Cranium natiforme, vom pathologisch-anatomischen Standpunkte aus». (Nr. 42).

S. hat 6 Fälle von Cranium natiforme beobachtet. Die Möglichkeit einer Entstehung derselben auf syphilitischer Basis will er nicht vollständig in Abrede stellen, obgleich kein einziger derartiger Fall zur Untersuchung kam. Jedenfalls kann sich der Cranium natiforme durch reine Rachitis bilden, wie die beobachteten Fälle lehren. Damit bestreitet er die kategorische Erklärung von Parrot und Fournier, welche darin ein pathognomonisches Zeichen für die Diagnose der hereditären Lues erblicken.

W. Sikow: «Zur Frage über die Masanahmen bei Krebserkrankungen». (Nr. 43).

P. Gusew: «Ein Fall von Bildung einer künstlichen Scheide nach der Methode Snegirew». (Nr. 43).

G. operierte die 23-jährige Patientin nach der von Snegirew angegebenen Methode: Restitutio vaginae per transplantationem ani et recti. Befriedigender Erfolg.

S. Lewaschow: «Ueber die gegenwärtige pharmazeutische Behandlung der Herzkrankheiten». (Nr. 44, 45).

M. Pokrowski: «Ein Fall von Situs viscerum inversus totalis».

S. Orlowski: «Zur Klinik des primären Lungenkrebses». (Nr. 44).

Der Verlauf der Krankheit des 58-jährigen Patienten führte schliesslich zur Diagnose eines primären Lungenkrebses, die auch durch die Sektion bestätigt wurde. Affiziert war der linke Bronchus, ausserdem bestand noch eine linkseitige Pleuritis. Der Fall ist darin interessant, dass er die Beobachtung Fränkels bestätigt, dass zuweilen eine verhältnissmässig nicht grosse Krebsgeschwulst oder sogar nur ein Geschwür im Bronchus bedeutende Dämpfungsbezirke geben kann, und der Befund an eine katarrhalische Pneumonie, chronische Lungeninfiltration erinnert; dabei können jegliche Erscheinungen fehlen, welche auf das Grundleiden hinweisen.

D. Ermolinski: «Ein Fall von primärem Lungenendotheliom». (Nr. 44).

S. Cholmogorow: «Sectio caesarea bei relativer Indikation». (Nr. 44).

5 Schwangerschaften endeten unglücklich für das Kind. In Folge dessen entschloss sich die Frau, den Kaiserschnitt an sich ausführen zu lassen. Die Beckenmasse waren: 29, 22, 25, 16, 8½ Cent.; allgemein verengtes plattes Becken. Die Operation verlief ohne Komplikationen, Mutter und Kind blieben am Leben.

N. Tschistowitsch: «Ueber Blutplättchen bei akuten Infektionskrankheiten». (Nr. 45).

Die Schwankungen in der Menge der Plättchen bei den verschiedenartigen Infektionskrankheiten gegenüberstellend, ist eine strenge Regelmässigkeit nicht zu übersehen: bei jedem Beginn einer Infektion des Organismus reagiert letzterer nicht nur mit einer Veränderung in der Zahl der weissen Blutkörperchen, sondern auch mit einer Veränderung im Gehalt der Plättchen, zuerst mit einer Verringerung ihrer Anzahl und dann, in der Periode der Besserung, mit einer Vermehrung. Die Möglichkeit ist nicht von der Hand zu weisen, dass die Plättchen als Träger einzelner Schutzstoffe anzusehen sind. Eine neue Stütze dieser Hypothese findet man in den letzten Untersuchungen von Wright.

E. Sherbowski: «Ueber die diagnostische Bedeutung der Harnveränderung bei Nierenkompression». (Nr. 45 und 46).

Die palpatorische Albuminurie ist eine beständige Erscheinung. Sie kann daher als wertvolles Hilfsmittel für die Diagnose der Bauchgeschwülste dienen. Die Masse, in welchen der Eiweissgehalt schwankt, weisen auf einen gesunden oder pathologischen Zustand der Niere hin: die Palpation der normalen Niere ruft unbedeutende Eiweissabsonderung hervor, in der Mehrzahl der Fälle nur Spuren (weniger als 0,033‰). Wenn dagegen dieselben bereits nach Brandberg zu bestimmen ist, so spricht das für die Möglichkeit eines Bestehens eines pathologischen Prozesses in der Niere. Die palpatorische Albuminurie bei einer gesunden Niere verschwindet verhältnissmässig schnell (im Verlauf ½—2 Stunden); bei Nephritis dagegen kann der erhöhte Eiweissgehalt bis zum nächsten Tage fortdauern. Es besteht ein gewisser Parallelismus zwischen der Grösse einer palpatorischen Albuminurie und Veränderungen in der Zusammensetzung des Niederschlages des Urins. Die Veränderungen derselben, unbedeutend bei geringgradiger Albuminurie, werden um so stärker, je höher der Eiweissgehalt wird. Die Veränderung des Niederschlages nach Kompression der Niere deckt in einzelnen Fällen pothologische Prozesse auf, welche bei gewöhnlicher Untersuchung des Harnes nicht festzustellen sind. Ein Fehlen dieser Veränderungen spricht dafür, dass die Niere gesund ist. In Folge der Häufigkeit der beweglichen Niere ist die Untersuchung des Urins nach Kompression derselben eine der wichtigsten Momente für die Diagnose der Nierenkrankheiten.

N. Krassnogorski: «Ein Beitrag zur Lehre der Eisenausscheidung bei Brustkindern». (Nr. 45—49).

S. Grusdew: «Material zur Charakteristik der tuberkulösen Erkrankungen der Speiseröhre und des Magens». (Nr. 46, 47)

N. Proshanski: «Zur Frage über den Einfluss des Spermins auf die Blutversorgung des Herzens bei Warmblütern». (Nr. 46).

P. Filossofow: «Zur Frage über den Einfluss verschiedener Eiweisskörper der Nahrung auf die Ausscheidung von Zucker und Entwicklung von Aceton bei Diabetes». (Nr. 47).

N. Petrow: «Zur Frage über die Verwundungen der Milz». (Nr. 48, 49).

W. Terebinski: Ein Fall von «Xeroderma pigmentosum Kaposi». (Nr. 48).

Nach dem Charakter der pathologisch-anatomischen Veränderungen erinnert dieser Fall am meisten an die von Kreibich als «Medullakrebse» beschriebenen.

M. Mergolin: «Ueber die extraperitonealen Schussverletzungen der Harnblase». (Nr. 48).

Beschreibung von 3 Fällen, von denen einer starb und die beiden anderen genasen.

N. Wigdorowitsch: «Gesetzesprojekte der Regierung in Betreff der Reform der medizinischen Hülfe in den Fabriken und der Versicherung gegen Krankheiten». (Nr. 48, 49, 51).

N. Pobedinski: «Zur Frage über die Durchtrennung des Schambeins». (Nr. 49).

Bericht über einen Fall von Hebotomie, die P. an einer 24-jährigen II. Gebärenden ausgeführt hat. Die Beckenmasse waren 29, 21, 24, die Conjugata externa 18, Conjugata diagonalis 9,5 Cent. Die durchsägten Knochenenden klafften um 4 Cent. Das Kind, ein Knabe, wurde asphyktisch extrahiert, doch bald wiederbelebt. Das Wochenbett wurde kompliziert durch eine doppelseitige Parametritis, die aber bald schwand und am 27. Tage verliess die Wöchnerin gesund das Hospital.

S. Cholmogorow: «Ueber Pubiotomie». (Nr. 49).

24-jährige VI. Gebärende. 4 Kinder werden tot geboren 1 lebend, aber unausgetragen. Die Beckenmassen waren 30, 26, 28, 18, 10, Conjugata vera 8—8,5 Cent. Die Distanz zwischen beiden Knochenenden betrug etwa 2 Querfingerbreit. Der Knabe atmete wohl gleich nach der Extraktion, musste aber doch noch nach Schultze geschwungen werden bis er anfing zu schreien. Die Plazenta wurde spontan nach 15 Min. geboren. Durch die Extraktion entstand ein Scheidenriss, von der Ausstichsstelle der Nadel zwischen der grossen und kleinen Schamlippe, die ⅓ Scheide einnehmend. Dieser Einriss kommunizierte mit der Knochenwunde. Der untere Teil derselben und die kleine Schamlippe wurden mit 5 Nähten versorgt, der obere Teil bis zur Knochenwunde mit Jodoformmarly tamponiert. Das Wochenbett verlief normal, am 21. Tage stand die Wöchnerin auf und verliess bald darauf mit dem Kinde das Hospital.

W. Winogradow: «Zum klinischen Bilde der Anfälle und zur Frage über die Diagnose der Brüche des Zwergfelles». (Nr. 49, 50).

Hier handelte es sich um einen Bruch des Zwergfelles traumatischen Ursprungs. Den Inhalt derselben bilden 1) der grösste Teil vom Omentum majus 2) fast das ganze Colon transversum und 3) ein kleiner Teil des Magens.

M. Michailow: «Zwei praktische Aufgaben: 1) Jodkali als Reaktiv für die schnelle Differenzialdiagnose zwischen tertiärer Syphilis und Krebs der inneren Organe, welche der genanen physischen Diagnose nicht zugänglich sind und 2) Jodkali als Heilmittel beim Krebs der inneren Organe». (Nr. 50).

Vorläufige Mitteilung.

W. Moltschanow: «Beobachtungen über die Behandlung des Scharlachs mit Moser'schem Serum». (Nr. 50, 51).

Der Moser'sche Serum ruft bei den meisten Kranken eine bedeutende Temperaturverminderung hervor, welche begleitet wird von einer merklichen Besserung des Allgemeinzustandes (nervöse Erscheinungen, Puls und Atmung). Auf den skarlatinösen Prozess übt sie keinen grossen Einfluss, die lokale Wirkung auf den Rachen ist sehr gering. Komplikationen verhindert derselbe nicht und beeinflusst nicht den Verlauf derselben. Die Fieberperiode und die Dauer der Krankheit ist nach Injektionen nicht kürzer als ohne dieselben. Die Wirkung des Serums ist daher als eine antitoxine zu bezeichnen.

L. Fofanow: «Zur Frage über die Ausscheidung des Magensaftes bei gesunden Menschen». (Nr. 50).

Vorläufige Mitteilung.

W. Oppel: «Zur Kasuistik der Resektion der Leber». (Nr. 51).

Die 34-jährige Patientin litt an Gallensteinen. Die untere Lebergrenze war 4 Querfinger unterhalb des Rippenbogens. Der Rand ziemlich hart. Am äusseren Rande der Musc. rectus dexter war eine harte Geschwulst von der Grösse einer Apfelsine durchzufühlen. Schnitt nach Kehr. Die Gallenblase war nicht vergrössert. Von ihr aus versuchte O. in die Geschwulst einzudringen, nachdem sie mit dem Messer geöffnet worden war. Sie war von der Grösse eines Krimschen Apfels, vollgefüllt mit Steinchen verschiedener Grösse. Dieses Stück der Leber wurde keilförmig resiziert; das in Formalin gehärteteStück ergab folgende Masse: Länge des Keils—6 Cent., Dicke 4 Cent. In der Mitte dieses Stückes befindet sich die halbkegelförmige Höhle an deren Boden eine enge Oeffnung zu entdecken ist. Dieselbe war während der Operation nicht festzustellen, im Präparate aber deutlich zu sehen, sie verband die Höhle in der Leber mit der Gallenblase. — Die Patientin genas vollständig.

E. Maliutin: «Zur Kasuistik der Erkrankungen der Stirnhöhlen». (Nr. 51).

Die beiden Fälle sind von M. im laryngologischen Verein in Moskau am 1. November 1906 demonstriert worden. Der eine ist darin interessant, dass sich nach Eröffnung des Empyems der Stirnhöhle herausstellte, dass die hintere Wand derselben einen ovalen Defekt aufwies von der Länge von 2 und Breite von 1 Cent., mit glatten, abgerundeten Rändern, die auch nicht die geringsten Symptome von Karies aufwiesen. Hinter ihr befand sich der augenscheinlich vollständig normale Sinus sagittalis.

Im zweiten Falle hatte der Eiter sich einen ungewöhnlichen Ausgang verschafft, indem er die Stirnhöhle durchfressen und sich nach aussen entleert hatte, die vordere Wand wurde abgetragen, die Höhle, die mit stinkendem Eiter angefüllt war, ordentlich gereinigt, ausgekratzt und tamponiert. Der Verlauf der Krankheit war in beiden Fällen ein günstiger.

J. Kaplan: «Zwei Fälle von tödtlicher Blutung bei Peritonsillitis». (Nr. 51).

Im ersten Falle traten am 8., im zweiten am 3. Tage nach der Operation heftige Blutungen ein. Auch die Unterbindung der Art. carotis blieb ohne Erfolg und beide Patienten gingen nach wiederholten Blutungen schliesslich an Anaemie ein.

A. Okinschewitsch: «Zur Frage über die Abszesse in der Leber». (Nr. 51, 52).

O. hat 8 Fälle von Leberabzess beobachtet. Von ihnen genasen 6, starben 2. Alle verliefen akut. Die Sektion ergab multiple Abszesse. Von den Genesenen litt einer in der Folge noch an sekundären Abszessen, zuerst im rechten, darauf im linken Leberlappen. Von den übrigen 5 waren bei 4 die Geschwüre im rechten Leberlappen. Als aetiologisches Moment war bei allen blutiger Durchfall zu verzeichnen. Die Frage über den spezifischen Mikroorganismus ist noch nicht endgültig zu lösen. In allen Fällen muss operativ vorgegangen werden, und zwar sollen alle Abszesse gleich während der Operation geöffnet werden, die für die Kranken meist ein günstiges Resultat giebt.

L. Kriwski: «Bericht über die Petersburger städtischen Gebärasyle für 1905». (Nr. 51).

Nicht beendet.

W. Lesin: «Zur Frage über Haemophilie». (Nr. 52).

Bericht über 2 Fälle, von denen einer starb, der andere genas.

M. Abelmann: «Zur Lehre über die Verdauung der Fette. Resorbtion der Fette bei Ikterus». (Nr. 52).

Auf Grund seiner Untersuchungen kommt A. zur Ueberzeugung, dass die Fette in der Nahrung, auch abgesehen vom Fehlen der Galle in Darm, resorbiert werden und zwar von 87—94 pCt. Die weiteren Untersuchungen müssen feststellen, wie die Resorbtion erfolgt, wenn die Fettmenge erhöht wird. In jedem Falle kann man schon jetzt sagen, dass bei der Regulierung der Diät der Ikterischen Fette nicht auszuschliessen sind.

Fr. Mühlen.

Shurnal akuscherstwa i shenskich bolesnei. (Journal für Geburtshülfe und Frauenkrankheiten) Nr. 1—3, 1907.

K. Skorbanski: «Die Anwendung der spinalen Anaesthesie in der Gynaekologie und Chirurgie». (Nr. 1).

S. verfügt über 50 Beobachtungen (20 Männer und 30 Frauen), in 25 Fällen wurde Stovain, in ebenso viel Fällen das Tropakokain angewandt. Letzteres wurde in 5 pCt. Lösung ex tempore sterilisiert, Stovain in demselben Prozentsatz, gewöhnlich wurde 1 Cbcm. d. h. 0,05 injiziert, anfangs das von der Firma Billon hergestellte Praeparat, dann in Vereinigung mit dem Pöhl'schen Adrenalin in einer Dosis von 0,0001. Folgende Operationen wurden ausgeführt: Abrasio uteri (6 mal), Ovariotomia (2 mal), Kolpoperineorrhapia (6 mal), Exstirpatio uteri (2 mal), Haemorrhoidaloperation (8 mal), Herniotomien (15 mal), Appendicitis (2 mal) etc. Die Anaesthesie war eine vollkommene in 33 Fällen, fehlte vollkommen 2 mal, war ungenügend 8 mal und machte eine allgemeine Narkose notwendig in 7 Fällen. Als Komplikationen wurde beobachtet: Kopfschmerz, Erbrechen, Uebelkeit, Ohnmacht, in 5 Fällen Cyanose, Temperatursteigerung. Einen Todesfall hat Verf. nicht erlebt. Kontraindiziert ist die spinale Anaesthesie bei Kindern bis zum 12—14 Jahr, allgemeiner Sepsis, Verkrümmungen der Wirbelsäule und einigen nervösen Individuen.

W. Schleier: «Zwei Fälle von Inversio uteri». (Nr. 1).

Fall I: Einer 23-jährigen Gebärenden entfernte die Hebamme die Nachgeburt durch Zug an der Nabelschnur, nach diesem Eingriff, sowie nach einigen Wochen blutete Pat., die erst nach 4 Monaten zur Beobachtung kam. Sch. fühlte in der Tiefe der Vagina einen birnförmigen Tumor, der den Eindruck eines Fibroms machte, ringsum fühlte man einen Ring, von aussen fühlte man auf der Gebärmutter eine Delle. Pat. wurde nach Küstner operiert, die ganze hintere Gebärmutterwand durchschnitten, die Reposition gelang. Genesung.

Fall II: Primipara, Zug an der Nabelschnur oder starker Druck von aussen sollen nicht stattgefunden haben. Sofort nach dem Erscheinen der Plazenta wurde eine Geschwulst von roter Farbe sichtbar. Nach 1½ Monaten stellte sich Pat. vor mit ähnlichem Befund, wie im ersten Fall: Ein Versuch die Inversio unblutig zu reponieren misslang, daher wurde der Küstner'sche Schnitt angewandt. Heilung. Sch. rät zwei Etagen von Nähten anzulegen: eine aus resorbierbarem Material auf die Schleimhaut und eine auf die Uteruswand.

N. Danilow: Lordosis partis cervicalis columnae vertebralis der Frucht mit pathologischem Geburtsverlauf». (Nr. 1).

Knielage, Unmöglichkeit den Rumpf zu extrahieren, daher wegen Verdacht auf Hydrocephalus Perforation, diese ohne Erfolg, mit Kephalotryptor Foetus extrahiert. Der Kopf sass den Schultern direkt auf, die Wirbelsäule war direkt unter dem Kinn zu fühlen. Die Mutter genas.

A. Nowikow: «Ein seltener Fall von doppelseitiger Aplasie der Müller'schen Gänge». (Nr. 2).

23-jährige Pat., Amenorrhoe, heftige Schmerzen im Unterleib und beim Koitus. Der Introitus von einem fibrösen Wall umgeben, kein Hymen, dann folgt ein 3 Ctm. langer Blindsack ohne Portio, rechts fühlt man einen länglichen unbeweglichen Tumor. Laparotomie: Der Tumor erweist sich als die neben der Wirbelsäule auf der Linea innominata gelegene Niere; Uterus, Tuben und das Lig. latum fehlten, bis zum Blindsack eine dicke Gewebsschicht. Beim Uebergang des

Bauchfells von hinten nach der rechten Seite ein 6—7 Ctm. langer Eierstock mit einer rudimentär entwickelten Tube. Auf der anderen Seite entsprechend das linke etwas kleinere Ovarium. Beide Ovarien wurden entfernt. Pat. genas und verlor ihre Schmerzen. Verf. erklärt die Anomalie mit einer vollkommenen Aplasie der Müller'schen Gänge.

A. v. Wahl: «Die Bedeutung der mikroskopischen und bakteriologischen Untersuchung des Sekrets der weiblichen Genitalien auf Gonokokken». (Nr. 2).

Die Anwesenheit verschiedenartiger Bakterien im Sekret des weiblichen Genitaltraktus erschwert die Untersuchung auf Gonokokken, viel mehr leistet die Kultur. Die Intensität des Prozesses ist sehr verschieden: bei geringem schleimigem Ausfluss aus dem Cervix können die Erscheinungen an den äusseren Genitalien (Bartholini'sche und Skene'sche Drüsen) sehr akut sein. Bei der Frau fehlen überhaupt nicht selten klinische Erscheinungen trotz vorhandener Gonorrhoe. Mehrere Krankengeschichten sind angeführt.

A. Semjanikow: «Ueber die Anwendung der Hypnose in der Geburtshilfe». (Nr. 2).

Die Hypnose ist nur in solchen Fällen anwendbar, in denen die Gebärende schon früher der Hypnose unterworfen gewesen ist.

M. Raich: «Ueber die Technik der Anwendung des Bossi'schen Dilatators». (Nr. 2).

Bericht über 4 Fälle bei Eklampsie.

W. Fedorow: «Ueber die Tätigkeit der Gebärabteilung im Peter-Paulhospital». (Nr. 2).

Diese funktioniert etwa 4 Monate, während dieser Zeit wurden 762 Geburten und Aborte beobachtet, darunter 20 Eklampsien mit 20 pCt. Mortalität. Ein Kaiserschnitt wegen engen Beckens mit günstigem Ausgang. Fiebernde im Wochenbett gab es 14,6 pCt., davon fallen 9,8 pCt. auf puerperale Erkrankungen, die Mortalität beträgt 1,3 pCt.

S. Kusmin: «Bericht über die gynaekologische Abteilung des Gouvernementhospitals in Saratow». (Nr. 2).

Im Laufe des Jahres 1905 wurden 273 Kranke behandelt, davon 157 operativ mit einer Mortalität von 3,8 pCt.

N. Ratschinski: «Ein Projekt zur Organisation des Kamptes gegen den Krebs». (Nr. 3).

Wie in Deutschland hat sich in Petersburg eine Kommission von Gynaekologen gebildet und nach dem deutschen Muster ein Projekt ausgearbeitet, dessen Ziel darin besteht, gegen die Ausbreitung des Uteruskrebses anzukämpfen. Hier finden sich statische Angaben über die Frequenz des Uteruskarzinoms, die ungeheuere Zahl von inoperablen Fällen, die jährlich abgewiesen werden. weil sie sich zu spät zur Operation stellen. Es sollen Briefe an Aerzte, allgemein verständliche Schreiben an die weibliche Bevölkerung und Instruktionen an die Hebammen versandt werden. Als unbedingt notwendig wird gefordert die Eröffnung von neuen gynaekologischen Ambulatorien mit speziellen Laboratorien und die Gründung einer grossen Krebsanstalt.

M. Mironow: «Die lokale Behandlung der puerperalen Erkrankungen». (Nr. 3).

M. polemisiert gegen Sitschinki, dessen Behandlungsmethode im Folgenden besteht: Ausspülung der Uterushöhle mit Sublimat 1:1000, Ausspülung mit Borlösung von 40°, Austupfen mit steriler Marly, Ausspülung mit 90° Spiritus, Einführung eines Marlystreifens in die Gebärmutter. M. hält die Ausspülung mit Sublimat nicht für ungefährlich, die Wirkung des Spiritus kann keine so tiefe sein, wie S. annimmt, statt der Tamponade mit Marly sollte man lieber die beständige Irrigation ausführen. Da S. unter 191 puerperalen Erkrankungen keinen einzigen Todesfall erlebt hat, nimmt M. mit Recht an, dass nur leichte Fälle vorgelegen haben. M. hatte bei einem viel geringeren Krankenmaterial 4 Todesfälle bei Anwendung der S.'schen Behandlungsmethode.

H. Thomson: «Uretero-vaginalfisteln». (Nr. 3).

Ein Fall von Fixation des Ureters in die Blase nach Witzel.

D. Schtschetkin: «Kritische Beleuchtung der Entstehung des Puerperalfiebers». (Nr. 3).

Verf. greift Sitschinski an, der das gleiche Thema behandelt hat.

A. Semjanikow: «Bericht über die Tätigkeit des Gebärhauses der physiko-medizinischen Gesellschaft in Saratow». (Nr. 1 und 3).

Bericht über 1537 Geburten.

Lingen.

Westnik Oftalmologii. (Zeitschrift für Ophthalmologie.) März—April 1907.

Th. Germann: «Indikationen zur Einleitung von Frühgeburt oder Abort im Interesse der Erhaltung der Sehkraft».

Confer. St. Pet. med. Wochenschrift Nr. 36, 1906.

C. Golowin: «Verletzung des Auges durch Fremdkörper, Untersuchung mit Röntgenstrahlen, Enukleation».

In der Praxis kommen Fälle vor, wo die Entfernung des in das Auge eingedrungenen Fremdkörpers nicht möglich war (Blei, Kupfer, Steinsplitter etc.) oder es war ungewiss, ob der Fremdkörper im Auge sitzt. Die Röntgenaufnahme hat hier zu entscheiden: 1) ob eine operative Entfernung des Fremdkörpers aus dem Auge noch möglich ist, 2) ob das Auge entfernt werden soll oder wenn auch blind aus kosmetischen Gründen, erhalten bleiben darf. Krankengeschichten, drei Zeichnungen.

Th. Kubli: «Ueber die Behandlung nach Bier in der Augenpraxis».

Angewandt in Fällen von Liderkrankungen: Hordeolum, Blepharitis ulcerosa, Lidabszess bei 30 Patienten mit Saugstauung behandelt, mit zweifelhaftem Erfolg. Bei Erkrankungen des Tränensackes: Dacryocystitis phlegmonosa, acuta, subacuta bei 15 Patienten, ebenfalls ausschliesslich Saugstauung angewandt, Erfolge in der Mehrzahl gute.

W. Adamück: «Tarsus duplex (?) des Lides».

Am rechten Auge eines 6-jährigen Mädchens fand sich nach Ektropionierung des oberen Lides auf dem Augapfel eine zweite Bedeckung, welche vollständig glatt dem Auge auflag, von der oberen Uebergangsfalte herabreichte und mit einer Pinzette leicht abgehoben werden konnte. Es war ein Gelegenheitsbefund und die Bildung war weder entstellend, noch verursachte sie Beschwerden. Das entfernte Stück hatte 1,5 Ctm. Länge, war 7—8 Mm. breit und 2—3 Mm. dick. Die mikroskopische Untersuchung ergab mehrschichtiges Pflasterepithel und Knorpelgewebe. Der Fall hat Aehnlichkeit mit dem Epitarsus Scharpinger's

E. Lasarew: «Ulcera syphilitica corneae. Gumma corneae. Lupus erythematosus corneae».

Drei Krankengeschichten. Fall 1) eine Frau von 29 Jahren hatte ausser den Augenleiden ein Gumma an der Oberlippe, Periostitis an den Schienbeinen, vor 10 Jahren Infektion. Da anderweitige Gründe fehlen, hält L. zwei vorhandene tiefe Hornhautgeschwüre für syphilitische. Fall 2) Mädchen von 12 Jahren aus syphilitischer Familie, seit 3 Monaten augenkrank. Mitten in der Hornhaut des linken Auges ein Infiltrat von 4 Mm. Durchmesser. Da andere Gründe für die Entstehung des Infiltrates nicht nachweisbar sind, hält L. es für ein Gumma. Eine Schmierkur half, es hinterblieb nur eine Makula corneae. Fall 3) ein Mann von 37 Jahren leidet an Infiltraten der Hornhaut des linken Auges und gleichzeitig an Lupus erythematosus des Gesichtes. Begründung der Diagnose, wie in den obigen Fällen. Lokale Jodbehandlung half nur zeitweilig. Mit jeder Verschlechterung am Gesicht traten neue Reizungen am Auge auf und umgekehrt.

P. Prokopenko: «Ueber Erkrankungen des Auges infolge von Syphilis».

Bericht über 249 Fälle. Doppelseitig 67, Erkrankungen der Lider 3, Hornhaut 45, Sklera 6, Iris, Ciliarkörper, Aderhaut, Glaukom in einer Gruppe mit 42, Netzhaut 14, Sehnerv 68, Augenmuskeln 96, Diversa 8.

Moskauer Ophthalmologische Gesellschaft.

Sitzung am 5. April 1905.

Demonstrationen.

N. Prawosud: «Ueber die Behandlung der Keratitis fasciculosa».

P. empfiehlt eine ausgiebige Zerstörung der Gefässe, welche den Hornhautrand überschreiten und gegen die Spitze des Knötchens auf der Hornhautfläche zusammenlaufen.

N. Telepnew: «Ueber die Behandlung des Hornhautstaphylom's durch Thermokaustik».

Fünf Fälle nach Dianoux operiert. Es handelte sich um bereits vollständig blinde Augen; es sollte nur eine dauernde Abflächung schnell und technisch einfach erzielt werden. Das Verfahren ist nicht zuverlässig.

Sitzung am 3. Oktober 1906.

Demonstrationen.

W. Strachow: «Entfernung eines Cysticercus aus dem Auge».

Nach der Operation hielt sich längere Zeit ein Hämophthalmos, jetzt sieht man weisse Stränge — Retinitis proliferans —, eine Netzhautablösung ist nicht sichtbar. Das Sehvermögen ist = $^{2}/_{10}$. Es ist das ein selten guter Dauererfolg.

A. Natanson: «Doppelseitige Keratitis punctata».

A. Belski: «Ein Fall plötzlicher Erblindung nach Aufnahme von 10—12 Gramm Chinini sulfur».

Eine hysterisch Veranlagte hatte dieses Quantum zu sich genommen, um die aussetzende Menses hervorzurufen. Bewusstlosigkeit 12 Stunden lang. Nach 10 Tagen stellte sich Sehvermögen wiederum her. Unter Schwankungen und engem Gesichtsfelde traten nach etwa 6 Monaten die sichtbaren Zeichen beginnender Atrophie der Sehnerven auf.

S. Lojetschnikow: «Ein Fall von doppelseitiger hysterischer Blindheit».

Ein 20-jähriger Mann, Musiker, erblindet plötzlich nach dem Auftreten eines heftigen Schmerzes in der Brust bei nicht ganz freiem Bewusstsein. Absolut negativer Befund, auch die Pupillen reagierten normal. Anamnese und Untersuchung der inneren Organe ebenfalls negativ. Nach zwölf Tagen stellte sich das Sehvermögen wiederum her, allmählich bis zur Norm ansteigend. Eine Kontrolle nach drei Monaten ergab volle Sehschärfe und normalen Augenbefund.

N. Prawosud: 1. «Exenteratio orbitae bei Karzinom der Lider des Bulbus und eines Teiles der Orbitalwand».

Krankenvorstellung. Zunächst nach 4 Monaten seit der Operation gutes Resultat ohne Verdacht auf Rezidiv.

2. «Ein Fall von Karzinom des Sinus frontalis».

Operation nach Czerni vor einem Monat. Rezidiv bereits vorhanden.

L. Natanson: «Ueber Mikrophthalmie, kombiniert mit Cysten der Lider».

Referat seiner Dissertationsschrift (erschienen russisch' November 1906). Demonstration von Praeparaten.

S. Lojetschnikow: Demonstriert eine elektrische Lampe nach Hirschberg's Angaben bei Dörfel gearbeitet.

Diese Lampe kann auch zur seitlichen Durchleuchtung durch die Sklera benutzt werden, und ist lichtstärker als die für diesen Zweck angegebenen Apparate nach Leber, Sachs und Lange.

Sitzung am 31. Oktober 1906.

S. Lojetschnikow: Demonstriert zwei Glaukomkranke, operiert nach Heine-Cyclodialysis.

(Konfer. deutsche medizinische Wochenschrift 1905 Nr. 21). Bericht über die 32. Versammlung der Ophthalmologischen Gesellschaft in Heidelberg 1906, (Münchener medizinische Wochenschrift 1906, Nr. 2, S. 78). Die Brauchbarkeit der Methode wird stark angezweifelt, konfer. W. Krauss (Zeitschrift für Augenheilkunde Band 17. Heft 4. S. 318).

A. Natanson: «Ein Fall diffuser Hyperplasie der Bindehaut».

Demonstration mikroskopischer Präparate.

N. Prawosud: 1. «Ein Fall von Fibroma molle Conjunctivae bulbi».

Demonstration mikroskopischer Präparate.

2. Demonstration von Kindern, behandelt wegen Keratitis fasciculosa mit Zerstörung der zuführenden Gefässe, und nur medikamentös.

Beide Methoden kombiniert geben natürlich die schnellsten Resultate; mit häufigen Rezidiven hat man aber wohl immer zu rechnen.

3. Wegen Cicatrix corneae adhaerens, Atresia pupillae et Cataractae traumaticae war, teils zu optischem Zweck, teils, um Drucksteigerung vorzubeugen, eine Iridektomie ausgeführt worden. Im Verlaufe von fünf Monaten bildete sich an Stelle der Iridektomie eine cystoide einem Staphylome corneosclerale ähnliche Geschwulst von 1,5 Ctm. Länge und etwa 12 Mm. Höhe und Breite.

M. Starodubzewa: «Berichtet über die Entfernung eines Cysticercus aus dem Glaskörper, operiert von Krjukow».

Gleich nach Beendigung des mit dem Graefe'schen Messer ausgeführten Meridionalschnittes, etwa 7 Mm. vom Hornhautrande entfernt, stellte sich die Blase ein und wurde mit etwas flüssigem Glaskörper herausgestossen. Zwei Wochen nach der Operation Visus = $^{3}/_{10}$.

A. Rshanitzin: stellt einen Patienten vor mit typischem Frühlingskatarrh, was mit Rücksicht auf die Jahreszeit als Seltenheit zu bezeichnen ist.

Sitzung am 28. November 1906.

S. Lojetschnikow: demonstriert einen nach Heine operierten Fall von Glaucoma secundare infolge von Wundstar. Er spricht ferner über Glaucom nach Verletzungen.

A. Natanson: «Resorption der Linsenkapsel nach atypischer Extraktion, an einem Kinde».

Referiert Nr. 3. 1907 dieser Beilage.

M. Auerbach: Spricht über Formes frustes der Basedow'schen Krankheit.

Fälle, die unvollständige Symptomenkomplexe dieser Erkrankung bieten, sind nicht selten.

A. berichtet über einen Fall — Frau von 40 Jahren, in welchem das Graefe'sche Symptom auf dem rechten Auge das einzige Zeichen der Erkrankung war.

N. Telenew: «Ein Fall von hyaliner Degeneration der Bindehaut».

Mikroskopische Präparate.

Sitzung am 19. Dezember 1906.

G. Löventhal: «Ein Fall von Vergiftung durch Methylalkohol».

Krankenvorstellung.

A. Natanson: «Zur Kasuistik der Anomalien der Regenbogenhaut».

M. Blagoweschtschenski: «Ein Fall von Tuberkulose der Regenbogenhaut».

Krankenvorstellung.

J. Smirnow: «Zwei Fälle von Sehnervencolobom».

Krankenvorstellung.

W. Sawitsch: «Syphilom des Ziliarkörpers».

Krankenvorstellung. Ueber zwei gleiche Fälle berichtet K. Snegirew.

A. Natanson: «Zwei Fälle von Extraktion eines Eisensplitters aus dem Glaskörper».

Krankenvorstellung. Mit dem Hirschberg'schen Elektromagneten wurde operiert.

Sitzung am 23. Januar 1907.

K. Snegirew: stellt zwei Patienten vor, operiert nach Heine — Cyclodialyse wegen Glaukom.

Die Augen waren bereits erblindet vor der Operation, zwei Wochen nach der Operation beginnt der Druck wiederum zu steigen.

N. Prawosud; «Ein Fall doppelseitiger Orbitalhernie am inneren Augenwinkel».

Rechtes operiert. Durch eine Oeffnung in der Fascia palp. super. war Fettgewebe aus der Orbita vorgetreten etwa $1^{1}/_{2}$ Ctm. und 1 Ctm., normale Heilung, Krankenvorstellung.

A. Natanson: «Chronisch eiterige Entzündung der Meibohm'schen Drüsen».

Mikroskopische Präparate und Kulturen. G—n.

Herausgeber Dr. Rudolf Wanach. Buchdruckerei v. A. Wienecke, Katharinenh. Pr. №15.

Revue der Russischen Medizinischen Zeitschriften.

№ 6 u. 7. Beilage zur „St. Petersburger Medizinischen Wochenschrift". 1907.

RUSSISCHE MEDIZINISCHE ZEITSCHRIFTEN.

Chirurgija (Chirurgie).
Detskaja Medizina (Kinderheilkunde).
Medizinskoje obosrenje (Medizinische Rundschau).
Medizinskija pribawlenija k morskomu sborniku (Medizinische Beilagen zum Marine-Archiv).
Odontologitscheskoje obosrenje (Odontologische Rundschau).
Obosrenje psichiatrii, newrologii i experimentalnoi psichologii (Rundschau für Psychiatrie, Neurologie u. experimentelle Psychologie).
Pharmazewt (Pharmazeut).
Praktitscheski Wratsch (Praktischer Arzt).
Russki Wratsch (Russischer Arzt).
Russki chirurgitscheski archiw (Russisches Archiv für Chirurgie).
Russki medizinski Westnik (Russische medizinische Zeitschrift).
Russki shurnal koshnych i weneritscheskich bolesnei (Journal für Haut- und venerische Krankheiten).
Shurnal akuscherstwa i shenskich bolesnei (Journal für Geburtshilfe und Frauenkrankheiten).
Shurnal obschtschestwa russkich wratschei w pamjat Pirogowa (Journal russischer Aerzte zum Andenken an Pirogow).
Shurnal russkawo obschtschestwa ochranenija narodnawo sdrawija (Journal der Ges. zur Erhaltung der Volkswohlfahrt).
Ssowremennaja Medizina (Moderne Medizin).
Ssowremennaja Therapija (Moderne Therapie).
Westnik duschewnych bolesnei (Zeitschrift für Geisteskrankheiten).
Westnik oftalmologii (Zeitschrift für Ophthalmologie).
Wojenno-medizinski Shurnal. (Militär-Medizinisches Journal).
Wratschebnaja gaseta (Aerzte-Zeitung).
Wratschebny westnik (Zeitschrift für Aerzte).

Russki Wratsch (Russischer Arzt). 1907. Nr. 1—10.

M. Sile: «Ueber die Grundrichtungen des ärztlichen Denkens». (Nr. 1).

Antrittsvorlesung an der Odessaer Universität.

B. Finkelstein: «Zur Frage über die Undurchgängigkeit des Darmes, bedingt durch den Meckel'schen Divertikel». (Nr. 1).

Zur Beobachtung gelangten 2 Fälle. Im ersten war der Darm eingeklemmt im Ringe, welcher gebildet wurde durch Anwachsen des freien Endes des Divertikels an das Netz. Die Einklemmung war augenscheinlich sehr stark, am 3. Tage trat bereits Nekrose des Darmes auf. Die Operation konnte den Kranken nicht mehr retten. Im 2. Falle hatten der Mechanismus der Einklemmung und der Verlauf der Krankheit einen anderen Charakter. Es machte den Eindruck, als wenn die langdauernde Affektion des Meckel'schen Divertikels hier sekundäre Veränderungen im Mesenterium des Darmes hervorgerufen hatte. Durch Einwirkung bestimmter Ursachen (möglicher Weise Trauma, worauf der Kranke nach der Operation hinwies oder ein Diätfehler, der durch Untersuchung des Stuhles festgestellt werden konnte) kam es zur Abknickung des Darmes durch die verengerte Divertikelöffnung. Der Verlauf war in diesem Falle kein so stürmischer, eine Nekrose des Darmes trat nicht ein. Die Operation, welche wie im ersten Falle, am 3. Tage ausgeführt wurde, gab ein durchaus befriedigendes Resultat.

A. Winogradow: «Zur Frage über die chemische Analyse des Menschenblutes». (Nr. 1).

Es handelt sich hier um einen 21-jährigen Kranken, der durch Nierenblutungen äusserst anämisch geworden war. Zystoskopisch konnte festgestellt werden, dass das Blut sich aus dem rechten Ureter entleerte. Da alle therapeutischen Massnahmen im Stiche liessen, so nahm Zoege von Manteuffel die Exstirpation der Niere in Aussicht, nur musste vorher festgestellt werden, ob es sich nicht um Haemophilie handele. Das zu dem Zweck entnommene Blut wurde von W. einer genauen Untersuchung unterzogen, wobei es sich herausstellte, dass derselbe im Vergleich mit dem Blut von Haemophilen mehr Wasser und weniger Eiweissstoffe, aber kein Cytoglobin nach Alex. Schmidt enthielt; in jeder anderen Beziehung war es fast identisch mit dem Blut von Haemophilen. Wenn es richtig ist, dass als Hauptmerkmal für das Blut von Haemophilen die Anwesenheit von Cytoglobin Al. Schmidts in den roten Blutkörperchen dient, so gehört das hier untersuchte Blut nicht dazu, sondern stellt nur stark durch Wasser verdünntes normales Blut vor. Ein chirurgischer Eingriff wäre demnach wohl möglich gewesen.

S. Spassokukozki: «Exzision oder Fistel beim runden Magengeschwür». (Nr. 1).

Während seiner 8-jährigen Tätigkeit an der chirurgischen Abteilung des Stadtkrankenhauses in Smolensk hat S. vorzugsweise die Gastroenterostomia retrocolica post. nach Hacker ausgeführt. Die vordere Gastroenterostomie wurde nur 1 mal gemacht, die Gastroduodenostonomie — 3 mal mit geringem Erfolge. Auf 97 Fälle von Gastroenterostomia retrocolica bildete sich 3 mal ein circulus vitiosus aus; in 2 Fällen verging er bei expektativem Verhalten nach 10—12 Tagen; im 3. musste eine Entroanastomose gemacht werden. In allen anderen Fällen war ein glatter Verlauf von Seiten des Magens, Aufhören von Erbrechen und quälenden Schmerzen zu beobachten. Ein Vergleich mit der Exzision spricht noch mehr zu Gunsten der Fistel, denn auf 5 Exzisionen kamen 2 Todesfälle, was 40 pCt. ausmacht.

S. Bormann: «Ueber die Dosierung bei der Behandlung mit Roentgenstrahlen». (Nr. 1).

Vorläufige Mitteilung.

L. Kriwski: «Medizinischer Bericht über die Petersburger städtischen Gebärasyle für 1905».

G. Lang: «Ueber die Verdauung und Resorbtion der Eiweissstoffe im Hundemagen». (Nr. 2).

J. Barmikow: «Zur Thermosemiologie des Scharlachs». (Nr. 2—3).

S. Ponomarew: «Die Radikaloperation der chronischen Hydrozele nach der Methode von Winkelmann». (Nr. 2).

Beschreibung von 20 Fällen, von P. operiert. Bei sämmtlichen (bis auf einen) wurde lokale Anästhesie angewandt. Der Verlauf und Effekt waren ein durchaus zufriedenstellender.

A. Jawein und M. Kon-Delbary: «Ein Fall von Achylia gastrica simplex s. idiopathica». (Nr. 3).

Bei einem 31-jährigen Droschkenkutscher wurde nach einem Ewald'schen Probefrühstück vollständiges Fehlen von HCl beobachtet. Ein Grund dafür liess sich nicht feststellen, so dass eine idiopathische Achylie angenommen werden musste.

A. Wesselkow: «Ueber die Veränderungen in der Aorta der Kaninchen bei Vergiftungen mit einer Adonidinlösung». (Nr. 3).

N. Weljaminow: «Pirogow und die Fragen über die private Hülfe im Kriege». (Nr. 3).

N. Anitschkow: «Ueber die Anwendung von Aceton in der histiologischen Technik». (Nr. 3).

L. Pussep: «Die japanischen Geschosse und Kugeln im russisch-japanischen Kriege vom chirurgischen Standpunkte aus». (Nr. 3).

W. Grusdew: «Zur Frage über die Komplikation der Blasen-Scheidenfisteln durch Einklemmung der vorgestülpten Blase». (Nr. 4).

Bei einer 35-jährigen Bäuerin bildeten sich nach der 5. Geburt eine Blasenscheidenfistel aus, und durch dieselbe stülpte sich die Blasenschleimhaut vor mit den beiden Uretern. Es bestand bereits eine oberflächliche Nekrose. Manuell konnte die Blase auf keine Weise reponiert werden, es gelang aber dieses schliesslich durch Tamponade. Darauf Vernähung der Fistel, die vollständig zusammenwuchs.

N. Trofimow: «Gehirnabszesse als Folge von Ohrenblutung». (Nr. 4).

Im Verlauf von 6 Jahren konnte T. im Militärhospital zu Kiew 10 Fälle von Gehirnabszess beobachten, deren Krankengeschichten mitgeteilt werden. Von diesen konnten bei 7 während des Lebens die Diagnose gestellt werden, allerdings ohne genaue Lokalisation, bei 3 wurde der Abszess nicht festgestellt. Von den 7 wurden 5 operiert, von denen 2 genasen (40 pCt.).

W. Mosseschwili: «Zur Pharmakologie des Clavius». (Nr. 4).

F. Dmitrenko: «Schwierigkeiten der Diagnose bei Zerebrospinalmeningitis». (Nr. 4).

J. Selenew: «Die Bedeutung des Schimmels für die Dermatologie und allgemeine Pathologie, Hibride und reine Dermatomykosen». (Nr. 5).

Die Bedeutung des Schimmels für die Dermatologie ist noch lange nicht klargestellt. Aus den hier angeführten Beobachtungen geht aber hervor, dass dieselbe eine grosse ist. Die Pilze rufen krankhafte Prozesse hervor und zwar nicht nur in der Epidermis, sondern auch im Unterhautzellgewebe, wobei verschiedene Hautkrankheiten sich bilden in der Art von Schelfer (Carates u. a.), Hauthörnern, Bläschen, Blasen, Abszessen, Pseudoabszessen mit schleimigem, zähen Inhalt, lupösen Infiltraten, phagädenischem Zerfall des Gewebes und schliesslich Neubildungen der Haut. Besonders wichtig ist letzteres, da der Schimmel das Bild einer Geschwulst von dem Typus eines Hautsarkoms (Pigmentsarkom von Kaposi) hervorrufen kann. Hierbei findet auch ein Durchwuchern der Blutgefässe der Haut statt, wodurch die Möglichkeit einer allgemeinen Verbreitung der Schimmelpilze über den ganzen Körper gegeben wird.

N. Sokolow: «Zur Kasuistik der Enteritis phlegmonosa». (Nr. 5),

Seit dem 1876 von Bellfrage und Hedenius beschriebenen Falle von Enteritis phlegmonosa sind nur noch 6 aus dem Obuchow-Hospital in Petersburg berichtet worden. Die beiden hier beobachteten stammen ebenfalls aus diesem Hospital. In beiden Fällen handelt es sich um eine primäre, akute eitrige Entzündung des Zwölffingerdarms mit nachfolgender Bauchfellentzündung und tödlichem Ausgang.

J. Tshuewski: «Eine Methode zur schnellen Erlangung von reinem Oxyhaemoglobin». (Nr. 5).

B. Cholzow: «Zur Technik der Dammoperationen». (Nr. 5).

V. Boldirew: «Natürliches Magensaft als Heilmittel und die Methode der Gewinnung desselben». (Nr. 5).

Zur Gewinnung des Magensaftes eignen sich Hunde am besten. Es wird ihnen eine Speiseröhre und Magenfistel angelegt und das Tier gefüttert. Das Fleisch gelangt natürlich nicht in den Magen, sondern fällt aus der Speiseröhrenfistel wieder heraus. Es beginnt eine starke Sekretion von Magensaft, welcher durch ein in die Fistel eingeführtes Rohr in ein Gefäss geleitet wird. Im Verlauf von 5 Stunden gewinnt man auf diese Weise 1—1½ Liter Magensaft. Was die Anwendung derselben anbetrifft, so halfen schnell und gut nur grosse Mengen von 50—100 Gramm jedes Mal und 100—200 Gr. täglich. Einzunehmen ist derselbe in 2—3 Portionen, und zwar ¼ Stunde vor dem Essen, gleich nach der Mahlzeit und 2 Stunden später. Trotzdem derselbe zuerst sauer und unangenehm erscheint, gewöhnen sich die Kranken bald an den Geschmack und nehmen ihn gern ein.

N. Petrow: «Azidophile Bakterien im Darm einzelner Kaltblüter». (Nr. 5).

N. Danilow: «Die Kindersterblichkeit in Russland und Massnahmen zum Kampf wider dieselbe». (Nr. 5).

W. Tomaschewski: «Der gegenwärtige Stand der Frage der Behandlung der akuten infektiösen chirurgischen Erkrankungen vermittelst der Stauungshyperaemie und weitere Beobachtungen über ihre Anwendung in der akademischen chirurgischen Klinik». (Nr. 6).

In der Klinik von Weljaminow sind die Resultate der Anwendung der Stauungshyperaemie ebenso günstige wie früher. Im Herbstsemester 1906 sind 75 Fälle auf diese Weise behandelt worden, von denen 35 zur Kategorie der mittleren und schweren zu rechnen sind, ausgebreitete Phlegmonen, Karbunkeln, Pararitien, schwere Lymphadenitiden, und 40 mehr leichtere Fälle. 6 von den Kranken wurden stationär, die übrigen ambulatorisch behandelt.

M. Zitowitsch: «Die Behandlung der Oto-Sklerosis mit dem faradischen Strome». (Nr. 6, 9, 11).

Auf Grund seiner Erfahrungen kommt Z. zum Schluss, dass bei allen, welche an Sklerose leiden, der M. tensor tympani entweder garnicht oder nur sehr schwach reagiert; sehr selten bleibt die Funktion dieses Muskel erhalten; dann muss ein Leiden des M. stapedius vorausgesetzt werden. Die Geräusche in den Ohren verschwinden durch Faradisation entweder vollständig oder werden so schwach, so dass sie die Kranken nicht beunruhigen. Das Gehör wird dadurch entschieden besser. — Die Elektrode soll in die Oeffnung der Tuba Eustachii eingeführt und das Köpfchen derselben an die obere Wand des Kanals angedrückt werden. Die 2. Elektrode wird am besten im Winkel zwischen Unterkiefer und Warzenfortsatz aufgelegt. Als Ströme sollen die stärksten verwandt werden, die die Kranken überhaupt aushalten können. Die Dauer jeder Séance soll 3—5 Min. betragen nicht weniger als 3 mal in der Woche.

S. Gordeew: «Zur Pathogenese und operativen Behandlung grosser Mastdarmvorfälle». (Nr. 6).

L. Nenadowitsch: «Die Methode der Behandlung nach Bier in der Gynäkologie». (Nr. 6).

N. Petrow: «Versuche mit Einimpfung von embryonalem Gewebe und Fragen über die Entstehung der Geschwülste». (Nr. 7).

Bei Einimpfung von embryonalem nicht differenziertem Gewebe in die Testikel und Nieren von Meerschweinchen entwickeln sich Bildungen aller 3 Keimblätter, welche autonomisch und atypisch wachsen. Diese Neubildungen weichen im Verlauf von 1—2—3 Monaten und länger, worauf ihr Wachstum aufhört. Ein Teil des neugebildeten Gewebes unterliegt der Rückbildung und dem Untergange, ein Teil kann seine Lebensfähigkeit noch behalten. (Die Dauer ist noch nicht festgestellt). Auch in entfernte Organe können Teile des eingespritzten Gewebes verschleppt werden, welche ebenso fähig sind zur Differenzierung und Wachstum. Die Impfungen der geschwulstartigen Neubildungen blieben in der grössten Mehrzahl der Fälle resultatlos, nur in einem Falle bildete sich nach 4 Monaten ein Knoten. Die Reaktion der Organe auf die Einspritzungen ist eine verschiedene: in den Nieren ist die zellige Infiltration und Bildung von Bindegewebe vorherrschend, in den Testikeln Untergang von spezifischen Gewebe in dem sich neubildenden Gewebe. Die geschwulstartigen Neubildungen haben manche Aehnlichkeit mit den echten Geschwülsten nämlich autonomische Entwickelung aus sich selbst und atypische Struktur. Ob sie aber die anderen charakteristischen Eigenschaften der Geschwülste aufweisen, muss die Zukunft lehren.

B. Solowzow: «Die diagnostische Bedeutung des Nachweises von Indikan im Urin (Indikanurie)». (Nr. 7).

Die Menge des Indikans im Urin nachzuweisen ist von grösster Wichtigkeit, da nur auf diese Weise der drohenden Gefahr von Ueberfüllung des Organismus an Indol, Indoxyl und ähnlichen Körpern vorgebeugt werden kann. Die Anwesenheit von Indikan im Urin kann abhängen vom Zerfall

der Eiweisskörper im Darm, Zerfall der Zellen in Eiterherden, und Aenderung des Stoffwechsels. Durch entsprechende Massnahmen kann man die eine oder die andere Form von Indikanurie ausschliessen und auf diese Weise die Indikanmenge als diagnostisches Mittel benutzen.

A. Solowzowa: «Materiale zur funktionellen Diagnostik. Ueber die funktionellen Störungen des Herzens bei fibrinöser Pneumonie». (Nr. 7).

Das Gift der fibrinösen Pneumonie wirkt lähmend auf den Herzmuskel, so dass das Herz noch lange Zeit nach der Krankheit sich nicht erholen kann und annormal bleibt auch beim Fehlen aller objektiver Symptome. Hauptsächlich besteht dieser Zustand nicht im Moment der Krisis, sondern 2—3 Tage später, wo das Herz am aller arbeitsunfähigsten ist. Durch Digitalis wird die Arbeitsfähigkeit und Ausdauer des Herzens rasch gebessert, was wohl hauptsächlich auf die Hebung des Blutdruckes zurückzuführen ist.

A. Schtschepinski: «Zur Frage über die Diagnose der Verletzungen und Erkrankungen einzelner Gebiete des Grosshirns». (Nr. 7 und 9).

M. Michailow: «Noch einige Worte über die Behandlung krebsiger Neubildungen der Speiseröhre mit K. J.». (Nr. 8).

M. früherer Professor der Universität zu Odessa, führt hier einen Fall an, Krebs der Speiseröhre, den er durch Jodkali geheilt hat. Dieser Fall ist seiner Ansicht nach charakteristisch dafür, dass J. K. ein «Spezifikum» bei Krebserkrankungen ist!

W. Oppel: «Zur operativen Behandlung der Rektum-Urethralfisteln». (Nr. 8).

In 3 mitgeteilten Fällen wurde nach Nélaton-Sédillot operiert. O. empfiehlt warm diese Operation.

B. Solowzow: «Ueber quantitative und qualitative Bestimmung des Indikan». (Nr. 8).

Von den qualitativen Proben auf Indikan ist die beste doch die von Jaffe, für klinische Zwecke ist bequemer das Reaktiv von Obermayer. Für die quantitative Bestimmung ist am meisten zu empfehlen die Methode Waag-Obermayer, mit der Modifikation von Ellinger. Für die klinische Bestimmung des Indikan genügt vollständig die Methode von Wolski, wobei allerdings die verbrauchte Menge von freiem Chlor direkt auf die Menge von Indikan berechnet werden muss. 0,01 gr. freien Chlors entspricht 0,95 Mllgr. Indikan.

W. Bogoljubow: Einige Angaben über die Einwirkung von Formalin auf Gelatine, verflüssigt durch Staphylokokken». (Nr. 8).

L. Stelker: «Zur Kasuistik der epidemischen zereprospinalen Meningitis». (Nr. 8).

M. Schreiber: «Die Expedition in die Mongolei zur Untersuchung der Quellen der Pest 1905 und 1906». (Nr. 9).

N. Batuew: «Duplicitas posterior. Cephalothorakopagus monosymetrosus c. Cyclopia parietal. (synkephalus asymetros Förster) als Uebergangsform zum Dipygus tetrapterus (tetrabrachius).» (Nr. 9).

J. Tschuewski: «Zur Frage über die Einwirkung des Digalens (Digitotinum solubile Cloëtta) auf die Blutversorgung der Herzen bei warmblütigen Tieren». (Nr. 9).

L. Okinschitz: «Zur Aetiologie der Extrauteringravidität». (Nr. 9).

Die 22-jährige Patientin war im Verlauf eines Jahres 2 mal extrauterin gravid, und wurde beide mal von O. laparotomiert. Das erste mal war die linke Tube befallen, (Ruptur) welche exstirpiert wurde; die rechte Adnexe schien vollständig normal zu sein.

Der postoperative Verlauf war ein befriedigender. Bei Austritt aus dem Hospital konnte festgestellt werden, dass der Leib nirgends druckempfindlich war, der Uterus war klein, in Anteflexion, beweglich; die Parametrien waren frei, die Stümpfe nicht infiltriert.

Nach 11 Monaten trat die Patientin wieder ein mit den Symptomen einer inneren Blutung. Dieses Mal lag eine Ruptur der rechten Tube vor und zwar im ampullaren Ende; die Tube wurde unterbunden und abgetragen. Die Reste des linken Parametriums sahen aus wie ein dünnes Band, das sich vom Uterus zur Beckenwand hinzog. Der hintere Douglas war vollständig frei und wurde wie das erste mal, auch jetzt tamponiert. Die Kranke überstand die Operation gut und wurde am 22. Tage geheilt entlassen. — Die Aetiologie ist in diesem Falle eine unklare, und wohl im mechanischen Hinderniss bei der Fortbewegung des Eies zu suchen.

S. Timofejew: «Die ambulatorische Behandlung des Oberschenkelknochens und beider Unterschenkelknochen mit den Gestellen nach Prof. Wolkowitsch». (Nr. 9).

P. Mesernitzki: «Die quantitative Veränderung des Lezithins im sich entwickelnden Organismus». (Nr. 9).

W. Orlow: «Geburtshülfe und Gynäkologie im praktischen Leben des Arztes». (Nr. 10).

Antrittsvorlesung an der Universität zu Odessa.

M. Tschlenow: «Die neuesten Strömungen in der Syphilidologie (Spirochaete pallida; Versuche an Affen»). (Nr. 10—12).

G. Zeidler: «Zur Frage über Bakteriaemie bei Unterleibstyphus». (Nr. 10).

Die Untersuchungen zeigen, dass mit dem 4. Tage der Krankheit die Bakterien zweifellos im Blut von Typhuskranken auftreten und in der 2. Hälfte der 2. Woche schwinden. Sie sind sowohl in schweren wie in leichten Fällen als auch bei Rezidiven anzutreffen. Ferner lehren die Beobachtungen, dass die Methode der Gewinnung der Bakterien aus dem Blute mit Hülfe der Galle die allerernsteste Aufmerksamkeit verdient, um im Frühstadium die Krankheit zu diagnostizieren. Diese Methode hat den Vorzug vor allen anderen wegen der Häufigkeit der positiven Resultate im Anfangsstadium und wegen der fraglos pathognomonischen Bedeutung derselben. Die Einfachheit ist ganz augenscheinlich, und in der Mehrzahl der Fälle kann man bereits nach 18—24 Stunden das Ergebniss haben.

W. Stübern: «Zur Frage über die Bakteriämie beim Unterleibstyphus in Verbindung mit dem Agglutinationsvermögen des Blutserums im Verlauf des Typhus». (Nr. 10).

Auf Grund der bakteriologischen Untersuchung von 96 Fällen von Unterleibstyphus mit Hülfe der Methode von Conradi in Verbindung mit der Bestimmung des Agglutinationsvermögens kommt St. zum Schluss, dass die von Conradi vorgeschlagene Methode vorzüglich sich für die Frühdiagnose eignet, indem sie im Verlauf der ersten Woche in 25 pC. ein positives Resultat giebt, wenn die Widalsche Reaktion noch negativ ausfällt (1 : 60). Die Bakteriämie wird im Verlauf der ersten Woche in 95 pCt. beobachtet, unabhängig vom Verlauf der Krankheit. Beginnend mit der 2. Woche wird die Bakteriämie bereits bedeutend häufiger beobachtet (in 60 pCt.). Gewöhnlich verschwinden die Bakterien aus dem Blute im Verlauf der 2. Woche, aber in schweren Fällen, — in der 3. Zwischen der Schwere der Erkrankung und der Dauer der Bakteriämie besteht ein deutlich ausgesprochener Parallelismus, nämlich je schwerer der unkomplizierte Typhus verläuft, um so länger halten sich die Stäbchen im Blut und umgekehrt.

Das Aufhören der Bakteriämie fällt mit mehr oder weniger deutlich ausgesprochenem Ansteigen des Agglutinationsvermögens und bei makroskopischem Titrieren derselben 1 : 50 gelingt es schon nicht mehr die Stäbchen im Blute zu finden. Die Agglutination kann darin als Hinweis auf das Bestehen oder Fehlen der Bakteriämie dienen, welche in schweren Fällen aufhören kann, um dann wieder einzusetzen.

Die Bakteriämie hat gewöhnlich einen gutartigen Charakter und scheint nicht die Tendenz zu besitzen in eitrige Form überzugehen. Der früheste Termin einer Wiederkehr derselben im Verlauf von Rezidiven ist der 4. Tag der neuen Erkrankung. Die Stäbchen halten sich aber im Blute nicht sehr lange Zeit. Es giebt einen Parallelismus zwischen der Schwere der Rezidive und der Dauer der Bakteriämie; in sehr leichten Fällen derselben werden überhaupt keine Stäbchen im Blut beobachtet; sie schwinden noch bei der 2. Erhebung der Kurve der Agglutination. Auch hier wird bei hohem Titrieren der Agglutination (makroskopisch 1 : 400 und höher) als Regel Bakteriämie nicht beobachtet. Die Infektion an Paratyphus scheint sich nicht von der der gewöhnlichen zu unterscheiden. Auch hier werden Perforationsperitonitiden und Rezidive beobachtet.

A. Genker: «Zur Frage über die gegenseitigen Beziehungen der Diazoreaktion Erlichs, der Bakteriämie und der Widalschen Reaktion beim Unterleibstyphus». (Nr. 10).

Vorläufige Mitteilung.

S. Bormann: «Zur Technik der intermuskulären Injektionen». (Nr. 10).

N. Kornilowitsch: «Das neue Stativ von Leitz «C» und sein homogenes Objektiv «1/12 a.». (Nr. (10).

F. Mühlen.

Shurnal akuscherstwa i shenskich bolesnei. (Journal für Geburtshülfe und Frauenkrankheiten) Nr. 4—6, 1907.

A. Sagalow: «Bericht über 25 Coeliotomien (vaginale und abdominale) in der Petersburger privaten Gebäranstalt». (Nr. 3 u. 4).

G. Doron: «Zur Kasuistik der Myomotomie während der Gravidität». (Nr. 4).

Bei einer 30-jährigen Pat. liess sich ausser einer dreimonatlichen Gravidität rechterseits ein harter Tumor konstatieren, der schnell wuchs. Bei der Laparotomie erwies es sich, dass es sich um einen faustgrossen subserösen Knoten und zwei kleinere intramurale handelte. Alle drei wurden enukleiert. Der Verlauf war ein normaler und nach sechs Monaten kam Pat. zur Zeit normal nieder.

Th. Burdsinski: «Ovariotomie während der Schwangerschaft (Krukenberg's Tumor) mit nachfolgendem Kaiserschnitt wegen Metastasenbildung im Uterus». (Nr. 4).

26-jährige Pat. von reduzierter Ernährung, Oedeme der unteren Extremitäten. Aszites, Bauchumfang 109, im linken Hypochondrium eine elastische Geschwulst bis zum Rippenbogen reichend, teigartige Resistenz über der Symphyse bis zwei Finger unter dem Nabel. Die Diagnose lautete mit Wahrscheinlichkeit: Graviditas V m, kompliziert mit einem malignen Tumor. Laparotomie. Die Geschwulst ging vom linken Ovarium aus und wurde entfernt. Als Pat. sich zum Ende der Schwangerschaft zeigte, fand B. im Douglas einen faustgrossen Tumor von der Hinterfläche des Uterus ausgehend, so dass an eine Geburt per vias naturales nicht zu denken war. Daher Sectio caesarea, Sagittalschnitt durch den Uterus, wobei die Plazenta getroffen wurde, ein lebendes Kind (Gewicht 2570 Gramm) extrahiert. Das Bauchfell überall verdickt, zahlreiche Knoten auf den Därmen und dem Netz, im hinteren Douglas ein festes Infiltrat, das mit den Därmen verbacken war. Nach 2 Tagen Tod.

Die am Anfang der Gravidität entnommene Geschwulst wog 3250 Gramm war von glatter Oberfläche. Bei der mikroskopischen Untersuchung fand B. ein mächtig entwickeltes Bindegewebe, in dem man zweierlei Arten von Zellen sah, grössere, mehr helle und kleinere, intensiv gefärbte, beide Arten erinnerten an Epithelzellen, sie liegen zu Gruppen geordnet. Das Bild ist das eines Fibrosarkoms. Gelegentlich beobachtet man verschiedene Stadien myxomatöser Degeneration, hie und da Höhlenbildungen und nekrotische Inseln. Dem Tumor spricht B. alle Eigenheiten der von Krukenberg beschriebenen Modifikation zu.

M. Pasternak: «Zur Kasuistik der Fruchtretention». (Nr. 4).

P. teilt einen Fall mit, den er auf der Insel Kreta erlebt. Die Unkenntnis der griechischen Aerzte soll eine unbeschreibliche sein. Pat. hatte sich an einen griechischen Arzt gewandt mit der Frage ob sie gravid sei, dieser hat zur Feststellung der Diagnose den Uterus ausgespült ohne die geringste Asepsis, die Schwangerschaft wurde nicht unterbrochen, der Uterus nahm nicht zu, 5 Monate darauf wurden zwei todte Früchte von 12 Ctm. Länge in ziemlich gut erhaltenem Zustande sammt Plazenta ausgestossen, danach Abrasio. Genesung.

E. Kurdinowski: «Anaesthesierung bei Geburten. Dissertation». (Nr. 4).

W. Pomjalowski: «Bakterien des Blutes und das antibakterielle Serum. Dissertation». (Nr. 4).

L. Okintschiz: «Ein Jahr klinischer Tätigkeit». (Nr. 4).

P. Sadowski: «Der Parasitismus als eine biologische Erscheinung der Schwangerschaft». (Nr. 5 u. 6).

In der Tierwelt spielt der Parasitismus eine grosse Rolle, die Notwendigkeit für das sich entwickelnde Ei, sich geschützt im oder am mütterlichen Leibe auszubilden und sich auf Kosten der Mutter zu ernähren und zu wachsen, gehört vom biologischen Standpunkt aus zum Gebiet des Parasitismus. Solange die Frucht die Mutter nur als Entwickelungsstätte ansieht, handelt es sich um den sog. «Raumparasitismus», sobald es sich um die Zufuhr von Nahrungsstoffen aus den Säften der Mutter handelt, haben wir es mit richtigem Parasitismus zu tun. Bei der menschlichen Schwangerschaft spielen Mutter und Frucht eine gleich aktive Rolle, wofür Fälle sprechen, in denen von Seiten der Mutter alle Bedingungen (Trauma, thermische und mechanische Reize etc.) zur vorzeitigen Ausstossung der Frucht gegeben waren, die Schwangerschaft aber doch weiter geht. Die aktive Rolle des Eichens betätigt sich ebenso bei der Ansiedelung in der Tube, dem Bauchfell oder einer entzündeten Uterusschleimhaut, es schafft sich die zum Wachstum nötigen Bedingungen und wandelt Gewebe zu solchen um, die für seine Entwickelung nötig sind. Es sind Experimente gemacht worden, zwei befruchtete Eier aus der Gebärmutter eines schwarzen Angorakaninchens zu exzidieren und in die Gebärmutter eines grauen Angorakaninchens zu implantieren, der schon vier Eier beherbergte, dieses warf später zwei schwarze — vier graue Junge. Bei verschiedenen Tiergattungen reagiert der mütterliche Organismus mit einer stärkeren Hyperaemie, Oedem und Anhäufung von Leukozyten, woraus Verf. den Schluss zieht, «dass der mütterliche Organismus sich zur Frucht verhält, wie zu einem ihm fremden Organismus und bemüht ist, sich vor ihm zu schützen auf die gewohnte Weise, nämlich durch entzündliche Reaktion». Beim weiblichen menschlichen Organismus spielt die Dezidua die gleiche Rolle.

W. Bogodurow: «Anwendung der Bierhefe bei septischen Erkrankungen». (Nr. 5).

Einer septischen Pat. waren mehrfach Antistreptokokken- und Antistaphylokokkenserum injiziert worden ohne Erfolg. Am 23. Tage bekam Pat. innerlich mit Milch 5—6 Teelöffel Bierhefe im Laufe des Tages. Nach einigen Tagen trat Besserung ein, 5 Tage nach Beginn der Hefefütterung trat Temperaturabfall ein, die Verzögerung hing aber mit Bildung eines Abszesses zusammen.

G. Lesment: «Gesichtslagen». (Nr. 5 u. 6).

Gesichtslagen soll man den Naturkräften überlassen.

N. Rjabinzewa-Preobrashenskaja: «Ein Fall einer Cervico-vaginalfistel». (Nr. 5 u. 6).

26-jährige Pat. hat ein Mal abortiert, ein Ctm. über dem äusseren Muttermund fand sich ein Defekt von 2 Ctm. Länge und $1^1/_2$ Ctm. Breite, mit glatten Rändern. Die Portio wurde amputiert in der Höhe des oberen Randes des Defektes.

M. Raich: «Die Behandlung der puerperalen Endometritiden mit Uterusausspülungen». (Nr. 5 u. 6).

Die Ausspülung wirkt rein mechanisch, auf die Zusätze kommt es nicht. Verf. braucht abgekochtes Wasser 38—30° R. Vor der Ausspülung erweitert er den Muttermund mit dem eingeführten Finger, der die ganze Innenfläche abtastet und Gewebsstückchen entfernt, die andere Hand drückt von aussen dagegen. Die Gebärmutter kontrahiert sich dann unter dem Einfluss der Ausspülungen merklich. Eine einfache ausspülung ohne Abtastung mit dem Finger ist nicht rationell.

Lingen.

Wratschebnaja Gazeta (Aerzte-Zeitung). Nr. 49—52 1906 und 1—17 1907.

A. Nikolski: «Zur Kasuistik der Tumoren des Scapula. Ein Fall von Exostosis cartilaginea». (Nr. 49).

N. Kladnitzki: «Drei Fälle von Serumkrankheit». (Nr. 50).

2 Fälle von Dysenterie und einer von Wochenfieber, in den beiden ersten Fällen besonders auffallende Reaktion von Seiten des Lymphdrüsensystems und schlechtes Allgemeinbenden; im letzten Kollapserscheinungen. In allen drei Fällen tarke lokale Rötung. Genesung.

N. Korolew: «Ein Fall von Missbildung des Foetus». (Nr. 50).

Statt der Augen ein rhombischer Schlitz in der Mitte des Gesichtes, statt der Nase eine häutige Erhebung über dem Schlitz. Die Mutter war eine Frau von 45 Jahren, 10-Gebährende, gesund.

S. Twerdowski: «Zur Kasuistik der totalen Kehlkopfexstirpation bei krebsigen Neubildungen». (Nr. 51).

2 Fälle, im ersten Genesung der Kranken (55 a. n.), in dem zweiten Tod des 42-jährigen Patienten am 24. Tage p. op. an Kachexie.

P. Wachs: «Ueber die neusten Erfolge in der Chirurgie». (Nr. 45, 47, 48, 49, 50, 51).

F. Stroinowski: «Zur Frage der gerichtlich-medizinischen Expertise». (Nr. 42, 43, 45, 46, 47, 48, 49, 50, 51).

Polemik gegen Prof. Patenko und Kritik seines «Handbuch der gerichtlich-medizinischen Analyse».

M. Rostowzew: «Aseptische Darmnaht». (Nr. 1, 2).

Vorschlag einer kleinen Modifikation.

S. Simnitzki: «Zur Aetiologie der Miliartuberkulose». (Nr. 1).

S. tritt für die Ansicht Weigert's ein, dass die Miliartuberkulose eine Folge einer Endothelialtuberkulose der Gefässe sei.

A. Lazarew: «Ueber familiäre amaurotische Idiotie bei Kindern». (Nr. 1, 2).

Auf Grund eines Falles neigt L. der Theorie Sachs zu, der bei amaurotischer Idiotie als Ursache eine Entwicklungshemmung annimmt.

A. Ossendowski: «Ein neues Anzeichen von Onanie bei Knaben». (Nr. 1).

Autor fand in diesen Fällen eine oder beide Brustdrüsen vergrössert, oft in erheblichem Masse.

J. Bystrenin: «Ein Beitrag zur Serumbehandlung des Scharlach». (Nr. 1 u. 2).

T. Glickmann: «Grundzüge der Behandlung der Otitis media purulenta». (Nr. 1).

B. Drobny: «Ueber die Beziehungen der Urologie zu anderen Gebieten der Medizin». (Nr. 3 u. 4).

P. Mesernitzki: «Ueber die schweisshemmende Wirkung des Oleum aeth. Salviae offic. bei Lungenschwindsüchtigen». (Nr. 3 u. 4).

J. Benderski: «Ueber die Anwendung des Theelöffels statt des Esslöffels». (Nr. 4).

Verf. findet den Esslöffel unvorteilhaft als zu grosses Mass besonders für «Schnellesser».

N. Kulbin: «Sensibilität. Beiträge zur Psychometrie und deren klinische Anwendung». (Nr. 5, 6, 7).

W. Djedow: «Zur Kasuistik der Resektion des Stenumr». (Nr. 5, 6).

Bajonettstich im Kriege, Fistelbildung, verheilt nicht trotz mehrfacher Eingriffe, schliesslich Resektion des Sternum, das sich zum Teil widerersetzt. Heilung.

J. Benderski: «Ueber den weichen und harten (nervösen) Leib». (Nr. 7).

Begleiterscheinung allgemeiner Neurasthenie.

M. Samoilenko: «Ueber die Behandlung der Tuberkulose mit Tuberkulin. Ueber das Tuberkulin von Karl Spengler». (Nr. 5, 7).

Beschreibung der Theorieen K. Spengler's und dessen, was Autor bei ihm gesehen.

A. Schmiergeld: «Zur Kasuistik der akuten Polyomyelitis der Erwachsenen. Ein Fall von akuter Polyomyelitis bei einem 16-jährigen Jüngling». (Nr. 8).

Verf. stellte die Diagnose Polyomyelitis acuta anterior im Hinblick auf Folgendes: 1) Plötzliche Lähmung der rechten oberen und linken unteren Extremität. 2) Schmerzlosigkeit der Palpation der Nervenstränge. 3) Gegenwart von Lymphozyten in der bei Lumbalpunktion gewonnenen Flüssigkeit und Schmerzen in der Lendengegend, Intaktheit der Sensibilität.

M. Abelmann: «Akute gelbe Leberatrophie in frühem Kindesalter». (Nr. 8).

3 Jahre alter Knabe mit allen Anzeichen einer akuten gelben Leberatrophie. Diagnose durch die Obduktion bestätigt.

N. Zjablow: «Ein Fall von Ileus veranlasst durch das Diverticulum Meckelii». (Nr. 8).

Der Divertikel erwies sich als echter Grund zum Ileus, gab eine Verwachsung. Pat., 32-jähriger Arbeiter, starb am 3. Tage post operationem.

G. Tjemkin: «Ein seltener Fall von Nierensteinen». (Nr. 9).

26 Jahre alte Patientin mit Erscheinungen von Seiten der Geschlechtsharnorgane und Nieren, der Herzschwäche. Exitus am 6. Tage nach Eintritt in die Klinik. Die Obduktion ergab neben anderen Leiden eine Nephrolithiasis, Pyelitis, Pyelonephritis und Cystitis. In der rechten Niere fand sich ein Stein von 282, in der linken von 23 Gramm (nach Abbröckelung einiger kleiner Stücke).

A. Riwkin: «Zur Kasuistik der Missbildungen Neugeborener. Ein Fall von Fehlen der Stirn und Scheitelbeine». (Nr. 9).

Das missbildete Mädchen ist zur Zeit geboren, wog 12 Pf. Das Gehirn, im übrigen wohlgebildet, lag frei zu Tage. Tod am 2. Tage. Mutter VII-para, gesund, der Vater und die erstgeborenen Kinder völlig normal. Autor nimmt an, dass die Ursache der Missbildung vielleicht darauf zurückzuführen ist, dass die Mutter als Gravida im III. Monat einer Judenmetzelei mitangesehen hat, wobei 6 junge Juden durch Schläge mit Knüppeln auf den Kopf vor ihren Augen ermordet wurden.

K. Karatfa-Korbut: «Ein Beitrag zur Behandlung chirurgischer Erkrankungen vermittelst Stauungshyperaemie».

Bei 25 Fällen Erfolg in 16 Fällen; es handelte sich um 4 Furunkel, 1 Karbunkel, 1 Panaritium, 5 Phlegmonen, 2 Mastitiden, 1 Atheroma inflam., 4 Bubonen, 1 tuberkul. Bubo, 5 tuberkul. Abszesse.

N. Wnukow: «Behandlung der Lungentuberkulose mittelst Petroleum-Aethermischung». (Nr. 10).

Vorläufige Mitteilung.

Posner: «Impotenz und Sterilität beim Manne». (Nr. 10).

Uebersetzung eines Vortrages. Allgemeine Uebersicht.

A. Tscherbak: «Vergiftung durch Hummern. Akute polyneuritische Ataxie mit Akroneuritis. Partielle Störungen des Bewegungssinnes. Heilung». (Nr. 10, 11).

Chronischer Alkolismus diente als veranlassendes Moment, die Erkrankung wurde durch eine infektiöse Gastro-Enteritis eingeleitet.

L. v. Lingen: «27 Fälle von operativ behandelter extrauteriner Gravidität». (Nr. 9, 10, 11).

In 9 Fällen erfolgte die Laparotomie auf Grund einer Indicatio vitalis, innerer Blutung und hochgradiger Anämie oder selbst Kollaps. Der Eingriff erwies sich als direkt lebensrettend. Bei anderen Pat. wurde die Operation in späteren Stadien ausgeführt. In 22 Fällen wurde eine Kontraapertur und Drainage des hinteren Scheidengewölbes angelegt. In 7 Fällen ging der Operation eine Probepunktion voraus. Im Ganzen wurde 22 mal die Laparotomie ausgeführt und 5 mal per vaginam inzidiert. Letzteres geschah meist in älteren Fällen schon eingetretener Vereiterung. Die Dauer der Gravidität betrug von 4 Wochen bis 4 Monaten, in einem Fall war das Kind ausgetragen, in einem anderen Fall handelte es sich um eine wiederholte extrauterine Gravidität auf der anderen Seite. In 13 Fällen war die linke Tube, in 12 die rechte der Sitz der Schwangerschaft, in 2 Fällen liess es sich nicht feststellen, dabei handelte es sich 4 mal um eine Ruptur, 21 mal um einen Tubenabort. 2 Patientinnen starben (am 2. Tage post operationem an akuter Anaemie, die andere 4 Monate später an Nephritis, 25 genasen.

J. Efimow: «Zur Pathogenese des Skorbutes». (Nr. 11).

Der Skorbut ist, nach Verf. eine Selbstvergiftung des Organismus vom Magendarm- oder Atmungstraktus. Im Urin findet sich viel Indikan.

P. Troitzki: «Prof. L. Popow als Gelehrter und Lehrer. Nachruf». (Nr. 12).

E. Scheinin: «Ueber epidemischen Ikterus und dessen Zusammenhang mit akuter gelber Leberatrophie. Zwei Fälle der letzteren mit Ausgang in Genesung in einem derselben». (Nr. 12).

Verf. kommt zu folgenden Schlüssen: Unter den Fällen epidemischen Ikterus giebt es einen bestimmten Prozentsatz von Fällen, die unter Leberverkleinerung verlaufen. Diese Fälle stellen eine Uebergangsstufe zur akuten gelben Leberatrophie dar. In Zeiten des Auftretens epidemischen Ikterus werden auch Fälle akuter gelber Leberatrophie häufiger.

J. Spischarni: «Ueber die Pharyngotomie suprahyoidea». (Nr. 13).

Kasuistische Mitteilung.

A. Schmiergeld: «Ueber die akute Polyomyelitis der Erwachsenen». (Nr. 13).

Vorläufige Mitteilung.

Beschreibung von zwei Fällen, beim ersten Erkrankung 3 Tage nach Trauma und zeigte das Bestehen einer Chorioretinitis pigmentosa. Der 2. Fall war vielmehr eine Polyencephalitis in Verein mit Myelitis.

L. Kapiport: «Aus der syphilodologischen Praxis». (Nr. 13).

Kasuistik.

S. Slatogorow: «Zur bakteriologischen Diagnostik der Diphterie. Varietät des Löffler'schen Diphtheriebazillus». (Nr. 14).

Autor kommt zum Schluss, dass die Neisser'sche Färbemethode nur einen relativen Wert besitzt; die Diagnostik muss ausserdem noch die Form und Grösse der Kulturen, Anordnung und Färbung der Bazillen beachten und schliesslich im Auge behalten, dass die Formen des Diphtheriebazillus nach dem Orte der Erkrankung wechseln können.

N. Sjablow: «Kombination von mehreren Missbildungen bei einem Neugeborenen». (Nr. 14).

2 grosse Meningocelen, Hasenscharte, Asymetrie des ganzen Kopfes, Fehlen der linken oberen Extremität, rudimentärer Stummel der rechten, pes varus des rechten Fusses. Das Kind wurde lebend geboren und am 6. Tage mit der Mutter entlassen. Letztere 26 a. n., gesund, ihre Eltern Alkoholiker, von ihren Brüdern ist einer mit Paralyse der linken oberen und rechten unteren Extremität, der andere mit einer kleinen Meningocele behaftet. Der Vater des Kindes gesund.

A. Keipolski: «Ein Fall von Entwicklungshemmung des Unterarmes, der Handwurzel und Hand». (Nr. 14).

Die Missbildung fand sich bei einem Chinesen mittlerer Jahren auf der rechten Seite.

N. Wachs: «Uebersicht über die Erfolge der Chirurgie der inneren Organe». (Nr. 14, 15).

L. Dobrowolski: «Ueber die Wirkungsweise des Natrium jodicum auf die Symptome des sog. Muskelrheumatismus». (Nr. 14).

Das Wirksame ist das Jod, das im Natr. jodatum nicht weniger wirksam und bedeutend billiger enthalten ist, wie überhaupt die Verbindungen des Jod mit verschiedenen Metallen im Ganzen gleichwertig sind.

B. Ahlmann: «Spiritus-Kompressen bei der Behandlung von Augenleiden». (Nr. 14).

Sehr zu empfehlen bei eitrigen Entzündungen des äusseren und inneren Auges.

S. Suchanow: «Ueber die Beziehungen des chronischen Alkoholismus zum Delirium tremens. (Ein Beitrag zur pathol. Psychologie des Alkoholismus)». (Nr. 15, 16).

Autor zeigt an 3 Fällen, dass die Dipromanie sich auf Grundlage chronischen Alkoholismus entwickelt.

M. Konoplew: «Resektion des Vas deferens bei Prostatahypertrophie». (Nr. 15).

Auf Grund von 5 günstig beeinflussten Fällen fordert Verf. auf, der kleinen Operation eine grössere Aufmerksamkeit zu schenken. Der Erfolg der Operation trat meist wenige Stunden post operationem auf und dauerte an. Bei jüngeren Leuten macht Autor die Resektion einseitig.

Th. Zarzyn: «Ueber den Wert der Unterbindung und Resektion des Vas deferens bei seniler Prostatahypertrophie».

Verf. hat ohne Erfolg nur einmal unter 7 Fällen die Operation ausgeführt. Z. empfiehlt sie besonders in Fällen grosser Prostration der Patienten, da sie ungefährlich und unter lokaler Anästhesie ausführbar.

S. Delitzin: «Ueber das Rychanotrepan von A. Stoll und einige Modifikationen zu denselben». (Nr. 16, 17, 18).

A. Drobny: «Die chronische Prostatitis als ätiologisches Moment der Neurasthenie». (Nr. 16, 17).

Die Untersuchung von 168 Fällen von Prostatitis führte D. zu folgenden Schlüssen: 90 pCt. der Fälle chronische Prostatitis hatten eine Neurasthenie zur Folge. Die Zahl der Neurastheniefälle steigt bei Mitbeteiligung am Entzündungsprozess des Colliculus seminalis. Nach Heilung der chronischen Prostatitis schwindet die Neurasthenie in 93—94 pCt. Die einfache Urethritis chron. ohne Komplikationen bewirkte nur in 7 pCt. Neurasthenie. Die häufigste Form dieser Neurastheniker war die Sexualneurasthenie (46,9 pCt.), dann folgte Cerebrospinalnenrasthenie (43,8 pCt.), der Rest (4,3 und 4,9) kardiale und gastrale Neurasthenie.

A. Udjunminski: «Zur Kasuistik der traumatischen Rupturen der Malariamilz». (Nr. 16).

Ein Soldat in Turkestan zog sich durch Fall beim Turnen auf die linke Seite die Ruptur zu, an der er kurze Zeit darauf verstarb. Die stark vergrösserte Milz erwies sich als vollkommen durchtrennt.

W. Lewaschew: «Ueber neuere Präparate zur Formaldehydentwicklung zu Desinfektionszwecken (Antan und Festoform)». (Nr. 16).

A. Baslow: «Hygienisch-sanitäre Verhältnisse des Flössarbeiters im Gouvernement Jaroslaw». (Nr. 16).

Aeusserst mangelhaft.

W. Schiele.

Herausgeber Dr. Rudolf Wanach. Buchdruckerei v. A. Wienecke, Katharinenh. Pr. №15.

Revue der Russischen Medizinischen Zeitschriften.

№ 8 u. 9. Beilage zur „St. Petersburger Medizinischen Wochenschrift". 1907.

RUSSISCHE MEDIZINISCHE ZEITSCHRIFTEN.

Chirurgija (Chirurgie).
Detskaja Medizina (Kinderheilkunde).
Medizinskoje obosrenje (Medizinische Rundschau).
Medizinskija pribawlenija k morskomu sborniku (Medizinische Beilagen zum Marine-Archiv).
Odontologitscheskoje obosrenje (Odontologische Rundschau).
Obosrenje psichiatrii, newrologii i experimentalnoi psichologii (Rundschau für Psychiatrie, Neurologie u. experimentelle Psychologie).
Pharmazewt (Pharmazeut).
Praktitscheski Wratsch (Praktischer Arzt).
Russki Wratsch (Russischer Arzt).
Russki chirurgitscheski archiw (Russisches Archiv für Chirurgie).
Russki medizinski Westnik (Russische medizinische Zeitschrift).
Russki shurnal koshnych i veneritscheskich bolesnei (Journal für Haut- und venerische Krankheiten).
Shurnal akuscherstwa i shenskich bolesnei (Journal für Geburtshilfe und Frauenkrankheiten).
Shurnal obschtschestwa russkich wratschei w pamjat Pirogowa (Journal russischer Aerzte zum Andenken an Pirogow).
Shurnal russkawo obschtschestwa ochranenija narodnawo sdrawija (Journal der Ges. zur Erhaltung der Volkswohlfahrt).
Ssowremennaja Medizina (Moderne Medizin).
Ssowremennaja Therapija (Moderne Therapie).
Westnik duschewnych bolesnei (Zeitschrift für Geisteskrankheiten).
Westnik oftalmologii (Zeitschrift für Ophthalmologie).
Wojenno-medizinski Shurnal. (Militär-Medizinisches Journal).
Wratschebnaja gaseta (Aerzte-Zeitung).
Wratschebny westnik (Zeitschrift für Aerzte).

Praktitscheski Wratsch (Der Praktische Arzt). 1906. Nr. 22—52.

C. Ewald: «Blut und Blutungen bei Erkrankungen der Verdauungsorgane». (Nr. 22—25).

Verfasser betont, dass seiner Ansicht nach die verschiedenen Bluntuntersuchungen (z. B. Zählung der roten resp. weissen Blutkörperchen, Haemoglobinbestimmung etc.), das Feststellen einer vergrösserten oder verminderten Leukozytenzahl keinen grossen differenzial—oder—frühdiagnostischen Wert haben. Er bespricht die verschiedenen Quellen der Blutungen resp. die Ursachen des Erscheinens von Blut im Stuhl, dem Erbrochenen u. s. w. — Bei Besprechung der Therapie, speziell des Magenulkus, empfiehlt Verfasser zur Stillung von Blutungen, die Spülung des Magens mit eiskaltem Wasser nach vorheriger Gabe von Morphium und Kokainisierung des Rachens.

B. Finkelstein: «Zur Frage der Milzzysten nicht heterogenen Ursprungs». (Nr. 23 und 24).

F. beschreibt einen eigenen Fall von operativ entfernter mannskopfgrosser Milzzyste bei einer 34-jährigen an Malaria leidenden Frau. Entfernung von Milz und Zyste. Volle Genesung.

W. Lustritzki: «Zur Kasuistik der Pseudotabes syphilitica». (Nr. 23).

L. beschreibt einen besonders charakteristischen Fall bei dem die Differenzialdiagnose zwischen Tabes dorsalis und Lues cerebrospinalis, beziehungsweise Pseudotabes syphilitica schwierig war.

E. Heuking: «Zur Behandlung der tuberkulösen Spondylitis». (Nr. 24—26).

Verfasser empfiehlt warm das nach Lorenz modifizierte Rauchfuss'sche Schwebebett. Gestützt auf langjährige Erfahrung giebt Verfasser Hinweise auf besonders zu beachtende technische Einzelheiten bei der Herstellung von Korsetts, Betten u. s. w. — Nur lange fortgesetzte geduldige, sowohl von seiten des Arztes, wie auch des Patienten, konsequente Behandlung und Handinhandgehen des Chirurgen und Pädiaters geben Aussicht auf Erfolg.

J. Bistrenin: «Zur Behandlung der Cholera infantum». (Nr. 25).

B. empfiehlt subkutane Kochsalzinfusionen und sehr hohe Wasserklystiere.

D. Shbankow: «Ueber Selbstmorde während der letzten Zeit». (Nr. 26—29).

Eignet sich nicht zum Referat.

J. Levinsohn: «Zur Frage der Spermareaktion nach Barberio». (Nr. 26).

Verfasser kommt zum Resultat, dass wahrscheinlich wohl nicht das Sperma selbst sondern wohl eher die es begleitenden Drüsensekrete (Prostata u. s. w.) die Barberio'sche Reaktion geben.

J. Rudnitzki: «Aus der Praxis». (Nr. 27 und 28).

Berichte über zwei interessante Fälle aus R's Praxis:

a) Ein Fall von eingebildeter Schwangerschaft.

b) Ein Fall von Haemophilie mit Beteiligung der Gelenke. (Arthritis haemophilorum).

P. Frolow: «Zur Diagnose der Geschwülste der Stirngegend». (Nr. 28).

F. beschreibt einen Fall, wo sich bei einem luetischen Individuum offenbar nach einem Gumma der Stirn an dieser Stelle eine luftkissenähnliche Geschwulst gebildet hatte, die bei langsamen Druck Luft durch die Nase des Patienten entweichen liess.

W. Pomjalowski: «Das Bakterium der Masern und das Antimasernserum». (Nr. 29—32).

Nach einer sehr ausführlichen Uebersicht über die einschlägige Literatur beschreibt Verfasser genau den von ihm in 60 Fällen von Masern nachgewiesenen Bazillus, in dem er den mutmasslichen Erreger der Masern sieht. Er bespricht ferner die nach seinen Erfahrungen günstige Wirkung eines Serum, welches er von Ziegen und Pferden gewonnen hat, welche mit Kulturen seines Bazillus immunisiert waren. Dieses Serum verkürzt und erleichtert seiner Ansicht nach den Krankheitsverlauf und hat keine schädlichen Nebenwirkungen.

A. Wirschubski: «Zur Kasuistik der sogenannten Crampus-Neurose». (Nr. 29).

W. beschreibt einen einschlägigen Fall: tonischer Krampf der Flexoren der rechten Schulter bei aktiven und passiven Bewegungen.

L. Rabinowitsch: «Die Beziehungen der Tuberkulose des Menschen zur Perlsucht des Rindes». (Nr. 30 und 31).

Exzerpt aus einer grösseren Arbeit (siehe: Arbeiten aus dem pathologischen Institut zu Berlin. Hirschwald, Berlin 1906).

D. Shbankow: «Die traumatische blutige Epidemie in Russland». (Nr. 32—35).

Eignet sich nicht zum Referat.

A. Schtscherbakow: «Zur Kasuistik der Spondylitis syphilitica gummosa». (Nr. 32).

Sch. beschreibt einen selteneren Fall von syphilitischer Erkrankung der Halswirbel.

L. Dmitrenko: «Ueber die relative Mitralstenose». (Nr 33 und 34).

J. Kolbassenko: «Ueber Malariaherde in Kiew». (Nr. 33).

K. beschreibt eine kleine Malariahausepidemie in einer der gesundesten Gegenden der Stadt, deren wahrscheinliche Ursache er entdeckt hat.

S. Unterberger: «Ueber den Kampf mit dem Typhus abdominalis». (Nr. 35—38).

Verfasser giebt eine Uebersicht über die verschiedenen Theorieen der Weiterverbreitung des Typhus, und bespricht dann sehr eingehend die wichtigsten Massregeln zur Bekämpfung von Epidemieen im Allgemeinen, besonders in Bezug auf die Einrichtungen in Kasernen. Er resümiert in 9 Punkten die wichtigsten hygieinisch-diätetischen Vorschriften, die den Soldaten zu geben wären und weist darauf hin, dass in dieser Beziehung auch die städtischen Behörden mit den medizinischen Hand in Hand gehen sollten, um zum erwünschten Ziele zu gelangen.

M. Kireew: «Zur Kasuistik der sogenannten Skarlatina medikamentosa». (Nr. 36).

K. beschreibt 3 im Ssokolniki-Hospital in Moskau beobachtete Fälle, wo jedesmal nach Chinin der Ausschlag eingetreten war.

M. Lifschitz: «Zur Frage der karzinomatösen Geschwülste im jugendlichen Alter». (Nr. 36—39).

Nach einer kurzen Literaturübersicht bespricht Verfasser 6 Fälle von Krebs im Alter von unter 31 Jahren. Er behauptet, der Krebs trete gar nicht so selten in so frühem Alter auf. — Was speziell den Magenkrebs betrifft (in 4 der angegebenen Fälle handelte es sich darum), so sei häufig ein Ulcus rotundum vorhergegangen. Ferner weist Verfasser auf prophylaktische Massregeln bei Krebskranken hin, da der infektiöse Charakter des Karzinoms nicht als ausgeschlossen bezeichnet werden könne.

O. Bronstein: «Ueber ein Antidiphtherieserum eines neuen antibakteriellen Typus». (Nr. 37 und 38).

B. kommt auf Grund eingehender Arbeiten und Experimente zur Ueberzeugung, dass man durch fortgesetzte Immunisierung von Versuchstieren verschiedener Art, (Verfasser hat Pferde benutzt), ein Antidiphtherieserum herstellen könne, welches eine Reihe spezifischer Eigenschaften enthalte. Dieses Serum lasse sich praktisch verwerten als Heilmittel, sei es örtlich, sei es subkutan oder als Prophylaktikum.

W. Shukowski: «Behandlung der Melaena neonatorum mittels Spülungen des Magens und Darmes». (Nr. 38).

Verfasser berichtet als vorläufige Mitteilung, er hätte in zwei Fällen Kinder, die an Melaena erkrankt seien, durch Magenspülungen und hohe Klysmata am Leben erhalten.

G. Meschtscherski: Zwei Fälle eines atypischen syphilitischen Schankers». (Nr. 39).

M. beschreibt seine zwei Fälle, die sich durch besonders lange Inkubationsdauer (3 Monate) und durch Abwesenheit der charakteristischen Verhärtung während der Erosionsdauer auszeichneten. Die Verhärtung trat erst nach Ablauf der Erosion ein. Er will die Fälle als erosiven Schanker mit nachfolgender Sklerose bezeichnen.

D. Gorochow: «Die Tuberkulose der Knochen und Gelenke bei Kindern». (Nr. 39—41).

Uebersicht der im Moskauer Sophieen-Kinderhospital zur Behandlung gelangten Fälle von Knochen- und Gelenkstuberkulose während der ersten fünf Jahre des Bestehens des Hospitals 1897—1902.—Verfasser befürwortet warm die Anlage beziehungsweise Vermehrung von ausserstädtischen Sanatorien, wie auch solchen in Gebirgsgegenden und an der Meeresküste.

A. Schtserbakow: «Die Achtarskaja Stanitza am Ufer des Asow'schen Meeres. Mediko-sanitäre Bemerkungen.» (Nr. 40).

Sch. beschreibt das kleine Hospital in dieser Kosakenansiedelung und weist auf die wesentlichsten und notwendigsten Verbesserungen hin.

S. Ssuchanow: «Ursachen und Pathogenese des primären Schwachsinns». (Nr. 41).

Verfasser behauptet, es handele sich immer um angeborene Praedisposition der höheren nervösen Elemente zum vorzeitigen Schwund. Masturbation, pathologische Veränderung der Geschlechtsorgane, u. s. w. gebe nur den Anstoss zur Erkrankung.

L. Frenkel: «Zur Frage der sogenannten idiopathischen akuten, eitrigen, diffusen Peritonitis». (Nr. 41, 43, 44, 45 und 47).

Nach einer genauen und vielseitigen Uebersicht über die einschlägige Literatur, beschreibt Verfasser einen Fall von sehr rasch tötlich verlaufener diffuser Peritonitis. Die Obduktion bestätigte die Diagnose, brachte aber keine Ursache für die Peritonitis an den Tag. Verfasser nimmt als sicher an, dass eine vorhergegangene Streptostaphylokokkenangina das ätiologische Moment für die Peritonitis abgegeben habe. Eine sogenannte primäre Peritonitis will er, in Uebereinstimmung mit sämmtlichen Autoren, nicht anerkennen. Am Schlusse seiner Arbeit geht Verfasser sehr ausführlich auf die Literatur über die Behandlungsmethoden ein und spricht sich dahin aus, dass die Chirurgie so rasch wie möglich einzugreifen habe: sie biete die einzige rationelle Behandlung.

O. Petersen: «Die wissenschaftliche Tätigkeit des weiland Prof. B. M. Tarnowski». (Nr. 42).

Rede gehalten auf der Sitzung d. 14./27. Oktober 1906 der russischen syphilidologischen Gesellschaft.

M. Tschistjakow: «Dem Andenken Benjamin Michailowitsch Tarnowski's». (Nr. 42).

Z. Elzina: «Persönliche Erinnerungen an Prof. B. M. Tarnowski». (Nr. 42).

Die Verfasserin, die Jahre lang mit dem Verstorbenen gearbeitet hat, betont besonders sein unermüdliches, förderndes, sympathisches Verhalten zur Frage des Studiums der Frau, wie auch des Heranziehens von Aerztinnen als Arbeiterinnen an Kliniken für venerische Krankheiten.

G. Kolossow: «Zur Frage des Diabetes insipidus». (Nr. 43, 44 und 47).

K. beschreibt zwei selbst beobachtete Fälle dieser Krankheit und giebt eine Uebersicht der verschiedenen Ansichten über die Aetiologie sowie die zweckmässigste Therapie.

D. Uspenski: «Die suprarenale Organotherapie».

Ueberblick über die Anatomie und Physiologie, wie auch pathologische Anatomie dieser noch in ihren Funktionen so unklaren Organe. Uebersicht über die Organotherapie.

G. Klemperer: «Haematurie und Haemoglobinurie».

Verfasser bespricht in einem längeren Aufsatz die verschiedenen ätiologischen Momente des Erscheinens von Blut im Urin und behandelt eingehend die verschiedenen Erkrankungen, bei denen solche Blutbeimengungen resp. Blutungen im uropoetischen System auftreten. Dann giebt Verfasser Hinweise auf die Therapie, wobei er ein rechtzeitiges Eingreifen der Chirurgie in vielen Fällen befürwortet. Schliesslich trennt er die Haemoglobinurie streng von der Haematurie ab, wie sie denn auch eine durchaus andere Therapie beansprucht.

W. Shukowski: «Melaena neonatorum».

Magendarmblutungen bei Neugeborenen in 29 Fällen eigener Beobachtung. Kritische Beleuchtung der bisherigen Literatur mit eingehender Erläuterung der eigenen Fälle. Die 3 letzten Arbeiten befinden sich im Septemberheft (Nr. 9) der Beilage: «Ssowremennaja Klinika i Terapia». (Zeitgenössische Klinik und Therapie).

K. Wosskressenski: «Zur Frage der Differentialdiagnose zwischen dem exanthematischen und dem abdominalen Typhus. Die Jodreaktion der Leukozyten bei Typhus abdominalis und exanthematicus». (Nr. 44).

W. beschreibt eine technisch leicht ausführbare Reaktion, von der er angiebt, sie gebe bei Typhus exanthematicus

positive, bei T. abdominalis dagegen negative Ergebnisse. Auf deu Objektträger wird ein Tropfen folgender Flüssigkeit gebracht: Jodi puri 1,0. Kalii jodati 3,0. Aquae destill. 100,0. Gummi arabici quant. sat. ad consistentiam Balsam. Canad. Auf diesen Tropfen wird ein Deckgläschen mit einem lufttrockenen Tröpfchen Blut (nicht fixiert), gelegt und mit Immersion untersucht. Bei positivem Ausfall der Reaktion färbt sich das Protoplasma der Leukozyten entweder diffus, oder körnig dunkelbraunrot.

M. Ratkewitsch: «Zur Frage der klinischen Bedeutung der Ströme mit hohem Druck u. der hydro-elektrischen Bäder». (Nr. 45, 46, 48, 49 und 50).

Verfasser giebt eine genaue Uebersicht über die Stellung der verschiedenen Autoren zu der Anwendbarkeit und dem Nutzen der betreffenden Behandlung. Zugleich beschreibt er einige der besten Apparate und Badeeinrichtungen und fügt seiner Arbeit einige Abbildungen solcher Apparate bei. Zuletzt befürwortet er sehr die häufigere Anwendung der erwähnten Therapie.

M. Ljubowski: «Ueber die Anwendung des «Bornival» in der urologischen Praxis». (Nr. 45).

L. führt eine Reihe von Fällen an, in denen bei sexueller Neurasthenie, Onanie, Enuresis, etc. dieses Mittel mit Erfolg angewandt wurde und empfiehlt auf Grund dieser Erfolge der verschiedensten Autoren das Mittel auch weiter in entsprechenden Fällen der urologischen Praxis zu versuchen.

A. Ljantz: «Ein neues antigonorrhoisches Mittel: Santyl». (Nr. 46).

Verfasser hat in vielen Fällen die günstige Wirkung des Santyl nachprüfen können, und kommt zur Ueberzeugung, wir hätten in dem Santyl ein neues Präparat des Sandelöls, welches frei sei von den unangenehmen Nebenwirkungen der bisherigen Präparate und zugleich an therapeutischem Effekt denselben nicht nachstehe.

G. Kulescha: «Ueber den Kampf mit dem Typhus abdominalis auf Grund der neuesten Errungenschaften der Epidemiologie». (Nr. 46, 48 und 49).

K. bespricht die verschiedenen Ursachen der Typhuserkrankung, die Hausepidemien und Endemieen und giebt eine Uebersicht über die erfolgreiche Bekämpfung des Typhus speziell in Deutschland, wo nach Analogie mit dem Kampfe gegen die Cholera auch in Bezug auf Typhus die weitgehendsten sanitären Maassnahmen, speziell sogenannte Typhus-Stationen mit gutem Erfolge eingerichtet sind. Verfasser empfiehlt diesem Beispiele zu folgen, da speziell St. Petersburg, was Häufigkeit des Typhus anlangt, an erster Stelle steht.

1) Reorganisation des Hospitaldienstes in folgendem Sinne: nicht nur Heilung der Kranken, sondern auch Beseitigung der durch sie geschaffenen Möglichkeit einer Weiterinfektion.

2) Einrichtung von speziellen bakteriologischen Laboratorien nach dem Muster der reichsdeutschen Stationen.

D. Gottlieb: «Ueber die Anwendung des Chloroforms bei Keuchhusten». (Nr. 46).

G. hat in 35 Fällen mit gutem Erfolge bei heftigen Anfällen 8—10 mal am Tage Chloroform in geringen Mengen einatmen lassen.

J. Malis: «Dem Andenken des Arzt-Mitbürgers. Bei Gelegenheit der 25-jährigen Wiederkehr des Todestages N. I. Pirogow's». (Nr. 47).

Eine kurze Skizze der gemeinnützlichen Tätigkeit Pirogow's inklusive seiner Arbeit während der Belagerung Sewastopols.

S. Kolomoizew: «Zur Frage der Behandlung der sexuellen Impotenz». (Nr. 48).

Verfasser hat in sechs einschlägigen Fällen das Muiracithin mit gutem Resultat angewandt. Keine ungünstigen Nebenwirkungen.

D. Shbankow: «Nikolai Iwanowitsch Pirogow». (Nr. 49 und 50).

Rede gehalten am 22. November 1906 in der pädagogischen Gesellschaft in Moskau.

Kurze biographische Skizze der Tätigkeit des grossen Chirurgen.

N. Ssudeikin: «Das Eisen-Licht und seine Wirkung bei Lungenschwindsucht und chirurgischer Tuberkulose». (Nr. 50).

S. hat in 6 einschlägigen Fällen gute Resultate mit der Eisen-Licht-Bestrahlung erzielt.

B. Finkelstein: «Zur Kasuistik der kombinierten Schussverletzungen des Darmes und der Blase». (Nr. 51).

F. beschreibt zwei interessante Fälle solcher Verletzungen.

A. Wirschubski: «Zur Kasuistik des lethargischen Schlafes». (Nr. 51).

W. beschreibt einen solchen Fall der tötlich verlief. Leider keine Autopsie. Verfasser meint es hätte sich eventuell um einen Hysterikus gehandelt, doch sei es auch möglich, dass es sich um einen Hirntumor gehandelt habe. Prof. Eichhorst hätte einen ähnlichen Fall in der Züricher Klinik gehabt, dessen Diagnose intra vitam «Hysterie» war und bei der Sektion zeigte sich ein Hirntumor.

F. Krause: «Uebersicht über den gegenwärtigen Stand der Chirurgie des Gehirns und Rückenmarkes». (Nr. 51 u. 52).

Uebersetzung einer Rede, gehalten am 24. November 1906 auf der Sitzung der russischen medizinischen Gesellschaft in Berlin.

L.

Shurnal akuscherstwa i shenskich bolesnei. (Journal für Geburtshülfe und Frauenkrankheiten) Nr. 7—8, 1907 (Doppelheft).

G. Rein: «Nachruf an den verstorbenen Prof. P. Budin».

P. Santschenko: «Ueber metastatische Geschwülste der Ovarialkarzinome».

Fall I. 50-jährige abgemagerte Pat., beiderseits fühlte man in der Unterbauchgegend je eine kindskopfgrosse höckerige harte Geschwulst. Coeliotomie, Entfernung beider Geschwülste, Genesung. Es handelte sich um Krebs der Eierstöcke.

Fall II. Bei einer 49-jährigen Pat. fühlte man eine mannskopfgrosse, unebene Geschwulst im Becken. Bei der Operation fand man eine zweite kleinere im kleinen Becken, ausserdem fand man auf der kleinen Kurvatur des Magens eine harte Geschwulstmasse. Bei der mikroskopischen Untersuchung der Geschwülste konstatierte man die Anwesenheit von epithelialen Neubildungen, deren Entstehung man verfolgen konnte aus einzeln im Stroma gelegenen Geschwulstzellen, weiter fand man Anhäufungen dieser in dem Lumen der arteriellen Gefässe des Hilus und in den Kapillaren, endlich das doppelseitige Auftreten spricht dafür, dass es sich um metastatische Tumoren handelte. Wahrscheinlich lag der primäre Herd auch im ersten Fall in der Magenwand, leider war darauf nicht geachtet worden.

A Waaraftik: «Die Technik der Laparotomie».

W. beschreibt den Pfannenstiel'schen Querschnitt. Das Peritoneum u. die Fascie vernäht er mit Jodcatgut, die Haut mit crin de Florence.

A. Cholodkowski: «Zwei Fälle von Kaiserschnitt».

Im ersten Fall war fünf Mal der Kopf perforiert worden, Conj. ext. 17,5, das Promontorium ragte stark vor. Sectio caesarea in der Geburt, Querschnitt, Extraktion eines lebenden Kindes, die Uteruswunde wurde mit Renntiersehne in drei Etagen genäht, das Bauchfell und Fascie gleichfalls mit dieser, die Haut mit «agrafes Michel-Michaux». Drei Stunden nach Entfernung der Nähte am 10. Tage ging die Bauchwunde vollkommen auseinander, die Därme fielen vor. Verf. legte nun Seidennähte an. Genesung. Der zweite Fall wurde mit Erfolg operiert, ein lebendes Kind extrahiert u. die Mutter gesund entlassen.

W. Platonow: «Kaiserschnitt wegen drohender Blutung und relativer Beckenenge».

27-jährige Gebärende, Conj. vera 7, Muttermund auf einen Finger, starke Blutung, sehr enge Vagina. Kaiserschnitt mit Erfolg.

W. Platonow: «Drei Fälle von Extrauteringravidität».

Nichts Besonderes.

A. Raab: «Ueber die Tätigkeit der geburtshilflichen Klinik des fünften Kursus des weiblichen medizinischen Instituts vom 17. November 1900 bis zum 10. Mai 1906.

Bericht über 1597 Fälle.

Unter den pathologischen Fällen seien hervorgehoben: Querlage 19 mal, Nabelschnurvorfall 4 mal, Plazenta praevia 10 mal, Eklampie 31 mal (mit 7 Todesfällen).

Lingen.

Wratschebnaja Gazeta (Aerzte-Zeitung). Nr. 18—23. 1907.

J. Beigel: «Ueber den akuten Strangulationsileus». (Nr. 18, 19).

32-jährige VI-para, Gravida im IV. Monat, litt seit 3 Wochen an Leibschmerzen, die beim Eintritt ins Hospital sehr stark waren. Diagnose lautete auf innere Darmeinklemmung. Die Operation bestätigte die Annahme, die Strangulation war durch einen derben Strang, der von dem rechten Tubenende zum Uterus verlief, hervorgerufen. Die eingeschnürten Darmschlingen betrafen den Dünndarm und die Flexura sigmoidea, wobei letztere eine doppelte Torsion aufwies. Heilung ohne Störung der Schwangerschaft.

A. Heymann: «Die Pathogenese und Behandlung der eitrigen Ausflüsse aus dem Mittelohr vom bakteriologischen Standpunkte». (Nr. 17 u. 18).

In 13 Fällen fanden sich Streptokokken, in 8 Staphylokokken, in 3 Bac. pyocyan., in 2 Koch'sche Bazillen. Staphylokokken sind ziemlich harmlos, rufen keine grossen Zerstörungen und keine Komplikationen hervor. Letztere werden meist durch Hinzutritt von Streptokokken verursacht. Neben der Kultur müssen Tierversuche zur Feststellung der Krankheitserreger angestellt werden.

Delitzin: «Ueber das Rychanotrepan von A. V. Stoll und einige Modifikationen an demselben». (Nr. 16, 17, 18 u. 19).

Autor weist auf die Vorteile des von Stoll bereits vor langen Jahren erfundenen Instrumentes hin, besonders bei Anwendung eines Motors nach Fedorow und des Apparates von Still.

G. Wolkenstein: «Ein Fall von Diphtherie bei einem 7 Tage alten Säugling». (Nr. 19).

Im Gegensatz zu den Angaben Montis, dass bei Säuglingen meist nur die Nase beteiligt, fand sich Belag auf beiden Mandeln. Heilung nach Seruminjektion. Nach Ehrlich sind Säuglinge in der grossen Mehrzahl der Fälle immun gegen Infektionskrankheiten.

S. Mirotwortzew: «Ein Fall von Kaiserschnitt in der Landpraxis». (Nr. 20).

Bäuerin von 34 Jahren hat vor 14 Jahren einmal mit Kunsthülfe (Forceps) geboren. Bei der Untersuchung erwies sich das Becken und die Scheide stark verengt und verwachsen als Folge des ersten Wochenbettes. Geburt per vias naturales ausgeschlossen. Sectio caesarea wurde mit vollem Erfolge ausgeführt.

W. Pomjalowski: «Zur Aetiologie und Behandlung der Noma». (Nr. 20). (Vorläufige Mitteilung).

In 3 Fällen gelang es Autor einen besonderen Bazillus zu isolieren und zu kultivieren. Der Bazillus ist dünn, ziemlich kurz (gegen 0,50); häufig in Ketten von 3—10, in Bouillon erhält man auch längere Ketten, beste Entwicklung bei 32—37°, Kolonieen am besten auf Haemoglobinagar, bilden weissliche kleine Flecke, bei durchfallendem Licht leicht grünlich schillernd, Gelatine verflüssigt sich, Bouillon trübt sich, bildet Bodensatz, in allen Fällen leicht grünlicher Farbenton, bald geringer Fäulnissgeruch. Es findet keine Sporenbildung statt, keine Gasbildung, keine Säuerung von Milch, keine Schwefelwasserstoffbildung, färbt sich leicht mit allen Anilinfarben und nach Gramm, pathogen für weisse Mäuse, Meerschweinchen etc. Therapie: Abrasio, 2—3 mal wiederholt, tägliche Beizung mit T-ra Jodi, Jodoformverband.

N. Uschinski: «Einleitung zu dem Vorlesungskursus über die Methoden der physikalischen Chemie und deren Anwendung in der Medizin gehalten im weibl. Medizinischen Institute im Frühjahrssemester 1907». (Nr. 21).

A. Sidorow: Ein Fall von traumatischem Darmvorfall mit multiplen Verletzungen desselben. Heilung». (Nr. 21).

Messerstich, Vorfall von Dünndarmschlingen, 3 Darmverletzungen, alles sehr verunreinigt. In Ermangelung von Darmnadeln und feiner Seide primitive Vernähung der Darmwunden mit dicken Nadeln und grober Seide nach sorgfältiger Reinigung der Bauchhöhle und Därme mit physiologischer Kochsalzlösung und einfache, nicht Etagennaht, der Bauchdecken nach Einlegung eines Tampons. Geheilt entlassen am 20. Tage.

F. Tjulpin: «Die Jefimow'sche Harnreaktion bei Eingeweidewürmern». (Nr. 22 und 23).

Die Reaktion von J: 5—10 Cbctm. Urin werden 5—10 Tropfen Liq. Bellosti zugesetzt, beim Kochen wird der Bodensatz grau bis schwarz bei Gegenwart von Eingeweidewürmern, ist nicht sicher, was T. am Krankenbette und bei Tierexperimenten nachweisen konnte.

B. Rutschinski: «Zur Kasuistik der multiplen Nierenmissbildung». (Nr. 22).

Ein in Folge einer Schusswunde an Pyelonephritis leidender Soldat wurde operiert, die kranke auffallend kleine Niere reseziert. Besserung. Nach kurzer Zeit erneute Verschlimmerung, erneuter Durchbruch eines Abszesses an der Narbenstelle mit Beimengung von Urin. Exitus. Bei der Sektion erwies sich die rechte Niere von normaler Grösse, das Becken- und Nierengewebe mit Eiter gefüllt und durchsetzt. Links fand sich im Narbengewebe eingebettet noch eine zweite kleine Niere in der Art der vor kurzer Zeit exstirpierten, die sich auch als krank erwies.

N. Nishitzki: «Ueber die Reform im Gebiete der Mineralwasserbehandlung. Künstliche «Heil»-Mineralwässer nach dem System von Prof. Jaworski». (Nr. 22).

Jaworski bemängelt die Zusammensetzung der natürlichen Mineralwässer, die zum Teil zu wenig der wirksamen Bestandteile und selbst schädliche Beimengungen enthalten. Als Norm nimmt J. die Zusammensetzung des Blutserums, seinen Gehalt an Salzen, und setzt einer solchen Lösung der verschiedenen Salze Kohlensäure unter erhöhtem Druck zu (Normalmineralwasser). Diesem Normalwasser werden dann je nach Bedarf Salze in verschiedener Stärke zugesetzt, entsprechend den zu erzielenden Wirkungen (abführende, beruhigende etc.).

N. Kladnitzki: «Ueber die Bedeutung der bakteriologischen Blutuntersuchung bei Septikopyämie». (Nr. 23).

Autor fordert in allen zweifelhaften Fällen eine bakteriologische Blutuntersuchung, gestützt auf mehrere Fälle aus der Praxis, in denen es nur auf diese Weise gelang eine Diagnose zu stellen.

W. Janowski: «Symptome von Seiten des Magens und Darmes im initialen Stadium der Lungentuberkulose». (Nr. 21 und 23).

In etwa 35 Prozent aller Fälle von Lungentuberkulose sollen Magendarmstörungen die ersten subjektiven und objektiven Erscheinungen darstellen, die Monate, ja Jahrelang den manifesten Erscheinungen von Seiten der Lungenspitzen vorausgehen können.

E. Wetschtomow: «Die Therapie des Diabetes». (Nr. 23).

Referierende Arbeit.

W. Schiele.

Herausgeber Dr. Rudolf Wanach. Buchdruckerei v. A. Wienecke, Katharinenh. Pr. № 15.

Revue der Russischen Medizinischen Zeitschriften.

№ 10 u. 11. Beilage zur „St. Petersburger Medizinischen Wochenschrift". 1907.

RUSSISCHE MEDIZINISCHE ZEITSCHRIFTEN.

Chirurgija (Chirurgie).
Detskaja Medizina (Kinderheilkunde).
Eshemessjatschnik uschnych, gorlowych i nossowych bolesnei (Monatsschrift für Ohren-, Hals- und Nasenleiden).
Medizinskoje obosrenje (Medizinische Rundschau).
Medizinskija pribawlenija k morskomu sborniku (Medizinische Beilagen zum Marine-Archiv).
Odontologitscheskoje obosrenje (Odontologische Rundschau).
Obosrenje psichiatrii, newrologii i experimentalnoi psichologii (Rundschau für Psychiatrie, Neurologie u. experimentelle Psychologie).
Pharmazewt (Pharmazeut).
Praktitscheski Wratsch (Praktischer Arzt).
Russki Wratsch (Russischer Arzt).
Russki chirurgitscheski archiw (Russisches Archiv für Chirurgie).
Russki medizinski Westnik (Russische medizinische Zeitschrift).
Russki shurnal koshnych i veneritscheskich bolesnei (Journal für Haut- und venerische Krankheiten).
Shurnal akuscherstwa i shenskich bolesnei (Journal für Geburtshilfe und Frauenkrankheiten).
Shurnal obschtschestwa russkich wratschei w pamjat Pirogowa (Journal russischer Aerzte zum Andenken an Pirogow).
Shurnal russkawo obschtschestwa ochranenija narodnawo sdrawija (Journal der Ges. zur Erhaltung der Volkswohlfahrt).
Ssowremennaja Medizina (Moderne Medizin).
Ssowremennaja Therapija (Moderne Therapie).
Westnik duschewnych bolesnei (Zeitschrift für Geisteskrankheiten).
Westnik oftalmologii (Zeitschrift für Ophthalmologie).
Wojenno-medizinski Shurnal. (Militär-Medizinisches Journal).
Wratschebnaja gaseta (Aerzte-Zeitung).
Wratschebny westnik (Zeitschrift für Aerzte).

Russki Wratsch (Russischer Arzt).
1907. Nr. 11—16.

D. Sabolotny und P. Maslakowez: «Beobachtungen über die Bewegung und Verklebung der weissen Spirochaete (Spirochaete pallida)». (Nr. 11).

Vorläufige Mitteilung.

M. Tschlenow: «Die neuesten Störungen in der Syphilidologie (Spirochaete pallida) Versuche an Affen». (Nr. 11 u. 12).

Fortsetzung.

S. Orlowski: «Weitere Beobachtungen über die experimentelle Atheromatose der Aorta bei Kaninchen (Veränderungen in der Aorta unter dem Einfluss der Einspritzungen von chlorsaurom Barium)». (Nr. 11).

J. Kalamkarow: «Zur Frage über die experimentelle Atheromatose der Aorta bei Kaninchen und über den Einfluss der Jodverbindungen auf diesen Prozess». (Nr. 11).

Vorläufige Mitteilung.

A. Solowzowa: «Material zur funktionellen Diagnostik». (Nr. 11 u. 12).

Fortsetzung.

M. Zitowitsch: «Behandlung der Otosclerosis mit dem faradischen Strom». (Nr. 11).

Fortsetzung.

S. Kolomeizew: «Ein Fall von wahrscheinlich wiederholter Infektion mit Syphilis (Reinfectio syphilitica)». (Nr. 11).

Patient, welcher 1905 im Kasanschen Militärhospital behandelt wurde, hatte einen harten Schanker und Roseola syphilitica. Der Verlauf war ein typischer, nur von langer Dauer war das Inkubationsstadium. 1898 lag derselbe Patient im Kasanschen Gouvernements-Hospital mit frischer Syphilis und Geschwür auf der Eichel und ist darauf geheilt entlassen worden.

N. Danilow: «Die Kindersterblichkeit in Russland und Massnahmen zum Kampf gegen dieselbe». (Nr. 11).

L. Kriwski: «Medizinischer Bericht über die Petersburger Gebärasyle für 1905». (Nr. 11).

B. Finkelstein: «Zur Frage über die diffusen Entzündungen des Bauchfelles, bedingt durch nicht-traumatische Perforation der Gallenblase». (Nr. 12).

Beschreibung zweier Fälle eigener Beobachtung, bei denen die Perforation eine Folge der Erkrankung der Gallenblase ohne Steinbildung war. Dieselbe wird selten, in 2—3 pCt. aller Fälle von diffuser Peritonitis beobachtet. Einer Perforation der Gallenblase kann durch rechtzeitige Eröffnung der befallenen Wand vorgebeugt werden. Die Operation ist indiziert in allen Fällen von akuter Cholezystitis mit Anzeichen von Reizung des Bauchfelles. Die Behandlung ist unbedingt eine operative (Drainage, Entfernung der Gallenblase) und zwar führt dieselbe in 50 pCt. zur Heilung.

A. Arapow: «Zur Behandlung der akuten Gelenkentzündungen mit der Stauungshyperaemie nach Bier». (Nr. 12 u. 13).

Die Beobachtungen, die A. an den gonorrhoischen Erkrankungen der Gelenke und ihrer Behandlung mit der Stauungshyperaemie nach Bier gemacht hat, zeigten wie wichtig die Anwendung derselben im Frühstadium der Krankheit ist. Im akuten Stadium mit hoher Temperatur und Schmerzen soll die Binde auf 10—20 Stunden auf das befallene Glied angelegt werden; im weiteren Stadium ist eine aktive Hyperaemie nützlich, da sie die Resorbtion der entzündlichen Produkte beschleunigt. Die Anwendung von Schienen ist bei in Aussicht genommener Linderung von Schmerzen mit der Bier'schen Binde unnütz und sogar schädlich; genügend ist eine Kompresse mit Spiritus oder Burow'scher Lösung. Die Methode gestattet früh, sogar nach 3—4 Tagen, zu Bewegungen des erkrankten Gelenkes und vorsichtiger Massage überzugehen, wodurch die Gefahr einer Ankylose beseitigt wird. Die antirheumatische Behandlung und Anwendung unbeweglicher Verbände bei gonorrhoischen Erkrankungen der Gelenke sind meistenteils resultatlos. Die lange Unbeweglichkeit des Gelenkes im Verbande ist schädlich und kann eine Steifigkeit zur Folge haben. — Theoretisch geurteilt ist die Anwendung der Gummibinde nach Bier durchaus rationell, praktisch giebt sie die glänzendsten Resultate durch schnelles Schwinden der Schmerzen und rasche Heilung mit vollständiger Erhaltung der Gelenkfunktion.

W. Obraszow: «Zur Lehre von der Diagnose der Dementia praecox». (Nr. 12).

A. Marku: «Klinische Beobachtungen am Urin bei Anwendung von Hydrargyrum nitricum oxydulatum». (Nr. 12).

Vorläufige Mitteilung.

N. Klodnizki: «Ueber die hauptsächlichen infektiösen Erkrankungen in Charbin nach Angaben des Zentraleisenbahnhospitals für 1903—1904».

A. Bickel: «Die Behandlung der Hyperchlorhydrie». (Nr. 13).

P. Buchmann: «Zur Technik der Bauchdeckennaht». (Nr. 13).

In der Klinik von Prof. Subbotin wird seit den letzten Jahren zur Bauchnaht Aluminiumbronzedraht angewandt. Das Peritoneum wird mit Katgut vernäht, die Faszie und Haut fortlaufend mit Draht. Die Dicke derselben ist 0,25—0,3 Mm. Die längste Naht betrug 25 Ctm. Ist das Draht beim Probezug schwer beweglich, so sollen lieber kürzere Stücke von 10—15 Ctm. angewandt werden. Die Hautnaht wird nach 7—8 Tagen, die der Faszie nach 10—14 Tagen entfernt.

W. Bogoljubow: «Elephantiasis der Brustdrüsen», (Nr. 13).

Die enorm vergrösserten Drüsen mussten entfernt werden. Die linke wog 8 Pf. 10 Gr., die rechte 10 Pf. 100 Gr. Eigentümlich für diese Erkrankung sind eine Reihe von Entzündungsprozesse der Haut, die einen erysipelatösen Charakter hatten.

A. Pawlowski: «Zur Frage über die Infektion des Organismus mit allgemeiner Tuberkulose (der Lungen) aus dem Unterhautzellgewebe, aus dem Blute und hauptsächlich aus dem Darm». (Nr. 14 u. 15).

N. Kalbin: «Neue Apparate zur genauen und summierenden Untersuchung der elektrischen Sensibilität». (Nr. 14).

N. Wesselkin: «Ueber den Einfluss der Luft, die 5—10 pCt. von Kohlenstoff enthält, auf die Temperatur des normalen und fiebernden Organismus». (Nr. 14).

Vorläufige Mitteilung.

P. Andropow: «Ueber die vergleichende Wirkung der ein- und mehratomigen Alkohole der Fettreihe auf das isolierte Herz». (Nr. 14).

Vorläufige Mitteilung.

Th. Bialinitzki-Birulі: «Ein Fall von ungewöhnlich breiten Foramina parietalia». (Nr. 14).

Das Schädeldach eines 22-jährigen, an Schwindsucht gestorbenen Soldaten wurde im Verlauf von 2—3 Tagen in einer starken Formalinlösung gelegt und dann ausgetrocknet. Die Untersuchung der Foramina parietalia ergab folgenden Befund: die äussere Lamelle der beiden Scheitelbeine hat in beträchtlicher Entfernung von den beiden Oeffnungen ein verdicktes und strahlenförmiges Aussehen; jedenfalls ist der Knochen hier verändert. Die äussere Fläche fällt beim Uebergang in die Oeffnungen hoch ab. Die innere Lamelle dagegen geht unbemerkt in den Rand über, hat aber einzelne spaltenförmige Izisuren (bis 0,2 Ctm.). Der Durchmesser der rechten Oeffnung ist in querer Richtung 1,1 Ctm., in sagitaler 0,75 Ctm., die Oeffnung dreieckig, die Entfernung vom hinteren Ende der Pfeilnaht 3,1 Ctm. und die Entfernung von der Pfeilnaht (point sagitale Le Double, obelion Broca) — 1,25 Ctm. Die linke Oeffnung beträgt im queren Durchmesser 0,9 im sagitalen 0,5 Ctm. Die Form war eine längliche, fast trapezförmig, die Entfernung vom hinteren Ende der Pfeilnaht 3,1, von der Pfeilnaht 1,5 Ctm.

W. Pletenew: «Zur Frage über Sterilisation der Seide». (Nr. 14).

P. arbeitet über Sterilisation der Seide extempore durch 10 Minuten langes Kochen in Glyzerin bei 175° und kurzem Ausspülen in Alkohol und Aether. Nach dieser Manipulation wird die Seide um 1½ stärker.

N. Lawrow: «Versuch von Anwendung von Meningokokkenserum von Prof. W. Kolle und Prof. A. Wassermann bei epidemischer Erkrankung der Hirn- und Rückenmarkshäute». (Nr. 14).

Aus der Krankengeschichte und Temperaturkurve ist es ersichtlich, dass die Wirkung des Serums sich zeigte im Abfallen der Temperatur und auffälliger Besserung des Allgemeinbefindens. Die Nackenstarre schwand am 7., das Kernig'sche Symptom am 11. Tage.

G. Rubinstein: «Beobachtungen über die Wirkung des Antituberkuloseserum von Prof. Marmorek». (Nr. 15)

Die Resultate waren keine günstigen. Die Injektionen sind sehr schmerzhaft, und um die Einstichstelle beobachtet man meist ein Oedem und Rötung. Die Lymphdrüsen schwellen an, bleiben die ganze Zeit vergrössert und schwinden schliesslich 5—6 Tage aus dem Aussetzen der Injektionen. Eine sehr unangenehme Komplikation ist der akute Shock, welcher nach 15—30 Sekunden eintritt.

A. Janowski: «Zur Frage über die Calcaneodynie in Abhängigkeit von einer Hypertrophie des Processus tuberis calcanei». (Nr. 15).

Aus den angeführten 12 Krankengeschichten, von denen auch Röntgenaufnahmen vorliegen, ist zu ersehen, dass der Processus sowohl bei normaler, als auch bei schmerzhafter Ferse sehr verschieden sein kann. In den Fällen, in welchen kein Trauma vorliegt, muss die Schmerzhaftigkeit wohl auf folgende Weise erklärt werden: da an der oberen inneren Seite des Processus das Lig. plantare longum beginnt, an der unteren äusseren aber die Zehenmuskel, so leidet der Kranke nicht, so lange der vergrösserte Prozessus auf der einen oder anderen Seite nicht auf weiches Gewebe drückt. Wenn sich ein Plattfuss ausbildet, so fängt die Spitze des Processus auf die unten liegenden Muskeln zu drücken, der Kranke tritt auf das spitze Ende auf, welches nach unten gerichtet ist, und muss natürlich dann Schmerzen empfinden.

Die Behandlung besteht in passendem Schuhwerk, oder, wenn dasselbe nicht helfen sollte, Operation.

A. Tschernow: «Die späte Vernähung des Dammes (Perineorrhaphia intermedia)». (Nr. 15).

Die Beobachtungen, die T. in 70 Fällen von später Vernähung des Dammes von 2—7 Tage machte, zeigten, dass in 0,71 pCt. voller Misserfolg, in 2,14 pCt. teilweise Verheilung eintrat, im Gegensatz zu 6,3 pCt. Misserfolg und 11,7 pCt. teilweise Verheilung bei sofortigem Vernähen des Dammes nach der Geburt. Wenn der Damm stark laediert und oedematös war, so ist es günstiger 3 Tage zu warten, da dann das Gewebe wieder normalen Charakter annimmt. Nur wenn das Bild an eine Schnittwunde erinnert, soll gleich genäht werden.

G. Makarow: «Die normale Verteilung der elektrischen Hautempfindlichkeit beim Menschen». (Nr. 15).

J. Gelfond: «Ein Fall von Lähmung des Nerv. recurrens der linken Seite hervorgerufen durch Bleivergiftung». (Nr. 15).

Eine 29-jährige Patientin litt an Lähmung des linken Stimmbandes. Eine genaue Untersuchung führte zur Annahme, dass es sich um eine Bleivergiftung handele, wofür noch sprachen die hartnäckige Obstipation, Schmerzen in der Magengegend, Krämpfe in den Füssen und Schwäche der rechten Hand. Patientin gab an, schon einige Zeit täglich durch Laktobacillin gesäuerte Milch zu geniessen, welche in Töpfen zubereitet wurde, die die Aufschrift «Le Ferment-Paris, Rue Denfert, Rochereau» trugen. Die Analyse ergab, dass solch ein Topf 12,293 Gr. Blei enthält. Wurde in denselben 5 Gr. Milchsäure gegossen, und derselbe auf 7 Stunden in einen Thermostaten bei 37° gestellt, so enthielt die Milchsäure 0.04 pCt., bei 13-stündigem Stehen sogar 0,12 pCt. Blei. Chlossin fand bei der Patientin Blei im Urin und Schweiss und ebenfalls auch in der sauren Milch, die in so einem Topf zubereitet war.

G. Turner: «Ueber die traumatische Absprengung der unteren Epiphyse des Oberschenkels». (Nr. 16).

Ein 16-jähriger Jüngling hatte einen starken Schlag auf das linke Knie erhalten. Das Bein hatte eine starke genu valgum Stellung. Der femur war verdickt im unteren Drittel, das Kniegelenk funktionierte normal. Das Röntgenbild bestätigte die klinische Diagnose, dass es sich um eine Absprengung der unteren Epiphyse handelte.

Fr. Mühlen.

Russki Shurnal koshnych i weneritscheskich bolesnji. (Russisches Journal für Haut- und Geschlechtskrankheiten). 1907 Heft 1—7.

J. Selenew: «Onychia blastomykotica».

Primär befallen waren 2 Fingernägel und boten ein typisches Bild der Paronychie dar. Als Erreger gelang es Hefepilze nachzuweisen, die in der Kultur Kalksalze erzeugten (Saccharomyces lithogenes) aber mit den von Saufelice beschriebenen nicht identisch waren. Auf dem Röntgenbilde liessen sich an der Endphalange eines der befallenen Finger Veränderungen wahrnehmen, die eine Miterkrankung des Knochens wahrscheinlich machten.

J. Gimmel: «Ein Fall von Porokeratosis - Mibelli.»

Der Fall kam post mortem zur Beobachtung.

E. Lustwerk: «Ein Fall von multiplen Abszessen bei einem elfjährigen Mädchen».

L. Ehrlich: «Ueber den Erreger der Syphilis».

22 Fälle klinischer Syphilis mit Nachweis der Pallida in 17 Fällen. 12 Kontrolluntersuchungen gaben nur negative Befunde. Von den 22 Syphilisfällen handelte es sich 11 mal um harten Schanker, wobei 9 mal die Spirochaeten gefunden wurden. 5 Fälle von Schleimhautpapeln ergaben 4 mal positives Resultat. Ein Fall von papulösem Hautsyphilid ebenfalls positiv. Negative Resultate wurden erhalten: in einem Falle typischer Roseola, im Blute eines Syphilitikers im 2. Inkubationsstadium, in einem Hauptgumma und im Inhalte eines pustulösen Syphilids bei einem 4-tägigen Kinde. — Gegenüber den Angaben anderer Autoren über den Befund von Pallidae bei ulzeröser Balanitis «in grossen Mengen», weist E. nach, dass es sich bei solchen Fällen sicher nicht um die Pallida, sondern um andere Spirillen handelt. — Zusammenfassend stellt E. am Schluss seiner fleissigen und sehr interessanten Arbeit folgende Thesen auf:

1) Die Spirochaeta pallida Schaudinn wird ständig bei den syphilitischen Produkten gefunden, deren Virulenz auch klinisch vollauf bewiesen ist.

2) Am meisten Aehnlichkeit mit ihr hat die Spir. refringens; auf Grund von 4 verschiedenen Merkmalen sind sie beide aber auseinanderzuhalten.

3) Die Anwesenheit der Spir. pallida in nicht syphilitischen Produkten ist unbewiesen; bei solchen Zuständen hat man es mit basalen Spirochaetenformen zu tun, deren Unterscheidung von der Pallida keine Schwierigkeiten macht. Hinsichtlich des Cytorrhyctes luis Siegel ist zu bemerken, dass neben richtigen Pallidae in Präparaten, die von zweifellos syphilitischen Produkten stammten, ähnliche Gebilde sich fanden, wie sie Siegel beschreibt.

W. Kudisch: «Zwei Fälle von professioneller Syphilisinfektion».

1) Schanker am Zeigefinger bei einer Hebamme. Facialisparalyse.

2) Schanker an der Lippe bei einem Studenten, wohl verursacht durch eine infizierte Glasröhre.

W. Jewdokimow: «Talalgia gonorrh. chron.».

Nach der ersten Janet'schen Spülung, ein Monat nach Bestand des Trippers, heftige Schmerzen in beiden Talocruralgelenken. Auf dem Röntgenbilde konnte man eine Knocheninsel an der Insertion der Fascia plantaris und atrophische Erscheinungen am Calcaneus wahrnehmen.

J. Selenew: «Beitrag zur Lehre der Haut-Blastomykose».

Mitteilung der Krankengeschichte und Photographie eines 17-jährigen Pat., bei dem auf dem Gesicht, ausgehend von der Schleimhaut der Nase ein knötchenförmiger, leicht juckender Ausschlag auftrat. In dem Inhalt der einzelnen Knötchen konnten Sprosspilze nachgewiesen werden. Solche Bilder konnten sowohl mit Lupus wie Syphilis verwechselt werden.

W. Sarubin: «Extragenitale Syphilisinfektion».

Mitteilung von 47 Fällen.

S. Kolomeitzew: «Todesfall bei Syphilisbehandlung mit löslichem Quecksilbersalz».

Pyämie.

E. Rotmann: «Humoralpathologie unter dem Gesichtspunkt neuer bakteriologischer Errungenschaften und die Lehre vom Tripper».

J. Selenew: «Flagellata bei Hautkrankheiten».

Im Eiter von ekthymaähnlichen Pusteln konnten Flagellaten nachgewiesen werden.

A. Schtscherbakow: «Nervenshok und Xanthoma diabeticorum».

Mitteilung von 2 Fällen, wo im Anschluss an starke psychische Erregung auf dem Rücken und am Gesäss ein aus hirsekorngrossen rötlichen Knötchen bestehender Ausschlag auftrat. Nebenbei bestand in beiden Fällen auch starke Glykosurie und in einem ausserdem Myxoedem mit Infantilismus.

S. Grusdew: «Beitrag zur Lehre von der Hirnsyphilis».

Fall I. In den ersten 4 Monaten der Behandlung gut verlaufender Fall von Lues. Plötzliches Auftreten von Hirnerscheinungen, denen der 24-jährige Pat. in 8 Tagen erlag. Bei der Sektion ausgedehnte Gefässveränderungen in beiden Aa. foss. Sylv. und ihrer Aeste und Nekrose der angrenzenden Hirnteile.

Fall II. 25-jähriger Pat. Lues seit 1/2 Jahr. Die ganze Zeit unter Behandlung. Plötzlich Hirnsymptome, denen Pat. unter zeitweiliger leichter Besserung im Laufe von 18 Tagen erlag. Die Temperatur schwankte zwischen 36 und 37,3. Die Sektion ergab dieselben Verhältnisse wie in Fall I. In beiden übrigens in den Aa. foss. Sylv. Thromben.

Fall III. Pat. 24 Jahr. Infektion vor 10 Mon. Tod im Laufe von 6 Tagen. Bei der Sektion: Thrombose der linken A. foss. Sylv. Herdförmige Sklerose des Gefässes mit Uebergang in fettige Degeneration.

Fall IV. 21-jähriger Pat. Erkrankung 3 Monate nach der Infektion. Tod in 9 Tagen. Herdförmige Sklerose der Hirngefässe mit Thromben und konsekutiver Erweichung der Hirnsubstanz. Auch die Arterien der Extremitäten waren verändert.

Fall V. 45-jähriger Pat. Alter der Infektion unbekannt. Tod in 7 Tagen. Alte sklerotische Veränderungen ohne Kalkablagerungen in der Aorta und den basalen Hirngefässen.

Fall VI. 62-jähriger Pat. Potator. Alter der Infektion unbekannt. Tod in 9 Tagen. Pathologisch-anatomisch wie in Fall V.

Zusammen mit 15 früher im Kronstädter Militärhopitals beobachteten und sezierten Fällen ergiebt sich als Gesammtziffer 25 bei 12277 Sektionen in 25 Jahren. Im Allgemeinen bestätigt Verf. die Angaben von Heubner über die Rolle der primären Endoarteriitis, in selteneren Fällen auch der Venen.

N. Tschumakow: «Diagnose und Therapie der gonorrh. Spermatozystitiden».

Mitteilung von 7 Fällen.

A. Jordan: «Ein Fall von Anychogryphosis».

Sehr ausgedehnte Veränderungen an den Fussnägeln, während die Hände nicht beteiligt waren. (Abbildungen).

J. Selenew: «Der schwarze syphilitische Schanker».

So nennt der Verf. diejenigen Primäraffekte, welche mit einer kohlschwarzen, der Unterlage festanhaftenden Schicht bedeckt sind, nach deren Entfernung der rote Grund des Schankers sichtbar wird, der geradezu lackiert aussieht und sich durch geringe Sekretion auszeichnet. S. hält diese Form für nicht auf Gangrän beruhend, sondern für bedingt durch sekundäre parasitäre oder mikrobische Infektion. Bei Untersuchung dreier solcher Fälle fand S. in den schwarzen Membranen und im Gewebesaft einen Parasiten, der schwarzes Pigment produzierte und polymorph war. — In den 3 Fällen sass der Schanker auf der Haut des Penis, des Scrotums und der Oberlippe. Die Intensität der Infektion scheint nicht davon betroffen zu sein.

E. Rotmann: «Die Rolle der Stauungshyperämie bei Tuberkulösen und gonorrhoischen Epididymitiden».

In 2 Fällen tuberkulöser Epididymitis vollkommene Wiederherstellung, in einem Falle gonorrhoischer Besserung.

J. Sack: «Xanthoma diabeticum tuberosum multiplex».

Auf die Streckseiten der Extremitäten begrenzter Ausschlag.

N. Dolgopolow: «Zur Kasuistik der Beteiligung innerer Organe bei Syphilis».

1 Fall von syph. Pleuritis. 1 Fall von luetischem Tumor an der Kardia. 1 Fall Syphilis des Herzens.

M. Klarfeld: «Talalgia et plantalgia gonorrhoica».

In diesem Falle trat das Leiden schon am 6. Tage nach Ausbruch des Trippers auf, rezidivierte prompt bei einem Wiederaufflackern des Trippers nach 6 Jahren. Auch hinsichtlich der Ausbreitung des Leidens auf die ganze Fusssohle ist der Fall bemerkenswert. Auf dem Röntgenbilde liessen sich Verknöcherungsinseln an der Ansatzstelle der Plantaraponeurose mit atrophischen Erscheinungen an den Knochen wahrnehmen.

A. Schtscherbakow: «Ein Fall von Lepra tuberosa». Lichen ruber planus.

S. Kolomeitzew: «Reinfektio syphilitica».

Erste Infektion des 30-jährigen Patienten vor 7 Jahren. Schwerer Verlauf und beständige Rezidive im Laufe von 3 Jahren. Neue Infektion, nachdem 2 Jahre keine Symptome gewesen waren. Sklerose, Roseola, Polyadenie. Nach erfolgreicher erster Kur nach 5 Monaten Rezidiv.

J. Miropolski: «Abortive Gonorrhoebehandlung».

Befriedigende Resultate nach Spülung frischer Fälle mit 1‰ Albarginlösung. In 24 Fällen 8 mal Heilung in 5-8 Tagen, Kontrolle im Laufe 2er Monate nachher. In 16 Fälle keine Verminderung des Sekretes und die Pat. mussten wie gewöhnlich behandelt werden. In 2 Fällen Zystitis.

Wichert.

Shurnal akuscherstwa i shenskich bolesnei. (Journal für Geburtshülfe und Frauenkrankheiten) Nr. 9—10, 1907.

G. Himmelfarb: «Ueber die operative Behandlung des primären Scheidenkrebses». (Nr. 9).

H. operierte im Jahre 1903 eine Pat., die auf der hinteren oberen Partie der Scheide ein talergrosses Geschwür mit aufgeworfenen infiltrierten Rändern aufwies. Die Parametrien waren frei, das Septum recto-vaginale war infiltriert, wobei die Neubildung auf die Schleimhaut des Rektums überging. Nach Eröffnung der Bauchhöhle, unterband H. die Art. hypogastricae beiderseits isolierte die Flexura sigmoidea, legte auf die Mitte derselben einen Enterotrib und ligierte oberhalb und unterhalb dieser Stelle, dazwischen wurde das Darmrohr mit dem Thermokanter durchtrennt. Linkerseits wurde über der Spina ossis il. ant. sup. ein kleiner Einschnitt zur Anlegung eines Anus praeternaturalis gemacht, das ligierte Darmende herausgeleitet und fixiert. Alsdann wurde zur Exstirpation des Uterus von oben geschritten, die Blase abpräpariert. Es folgte die Exstirpation des Rektums, nachdem die Art. haemorrh. sup. unterbunden und das Rektum allseitig vom Os. sacrum und seinen Verbindungen mit dem Musculus levator ani und der Scheide losgelöst war. Nun wurde der losgelöste Uterus, Vagina und Rektum ins kleine Becken gedrängt und das Peritoneum der Blase, die Blätter des Lig. latum und das Mesorektum vereint. Nach Umlagerung der Pat. wurde mit dem Thermokanter die Analöffnung kanterisiert und die Oeffnung geschlossen. Darauf folgte die Abtrennung des unteren Theiles der Vagina durch den Thermokanter, beginnend unter der Urethra seitlich gehend in Form einer Ellipse und den Anus mit Umgebung mitnehmend. Nach Durchschneidung des M. levator ani wurden nun Rektum, Vagina und Uterus hervorgezogen und entfernt. Es entstand eine grosse Höhle, die nach oben hin geschlossen war. Die äussere Wunde, die vom Steiss bis zur Urethra reichte, wurde durch einige Nähte verkleinert Am 3. Tage wurde der obere Teil der Flex. sigmoidea mit dem Paquelin von aussen eröffnet und in die Wunde fixiert. Der Verlauf nach der Operation war ein günstiger, nach 8 Wochen hatte sich die Wunde geschlossen. Drei Jahre nach Ausführung der Operation hat Verf. Pat. gesehen, sie ist vollkommen rezidivfrei. Um die Komplikation des Anus praeternaturalis zu umgehen proponiert Verf. als rationeller den Anus mitsamt dem Sphinkter zu lassen und die Flexura sigmoidea an diesen zu fixieren.

A. Jarzew: «Ueber Bauchhöhlenschwangerschaft». (Nr. 9).

Bei Gelegenheit einer Kolpotomie bei einer Pat., bei der die Menses ein Mal ausgeblieben waren, fiel nach Eröffnung des hinteren Scheidengewölbes ein Foetus von 1 Ctm. Länge aus der Bauchhöhle neben einigen kleinen Gerinseln heraus. Diese hatten zwischen der hinteren und seitlichen Uteruswand einerseits und einer Dermoidzyste andererseits gelegen. Daneben bestand auch auf der anderen Seite eine Zyste. Diese wurden entfernt, die Tuben, die mikroskopisch ein normales Aussehen hatten belassen. Unter den Gerinseln fand Verf. einige Stückchen von festerer Konsistenz, die das Aussehen von Deziduafetzen hatten, was sich makroskopisch bestätigte. Verf. nimmt an, dass es sich um eine primäre Bauchhöhlenschwangerschaft handelte, da die Tuben ein normales Aussehen hatten. Die einzige andere Möglichkeit ist nur die, dass sich das Ei anfangs in der Tube angesiedelt hat, aus dieser ausgestossen wurde, aber seine Lebensfähigkeit beibehalten hat.

D. Abuladse: «Zur Technik der Ausstossung der Plazenta». (Nr. 9).

Verf. empfiehlt folgenden Handgriff: die Gebärmutter wird durch Massieren zur Kontraktion gebracht, dis Bauchdecken werden in einer Falte parallel der Linea alba gehoben, wobei die Wöchnerin zum Pressen angehalten wird. Auf diese Weise kommt der intraabdominale Druck besser zur Geltung.

G. Utrobin: «Missgeburt mit Kraniorachischisis». (Nr. 9).

S. Saretzki: «Papillomatöse Neubildungen der Tuben». (Nr. 9 u. 10).

Beschreibung eines Falles.

A. Lupnow: «Endothelioma des Uterus». (Nr. 10).

Eine 50-jährige Pat. bot das Bild multipler Myome dar, die Länge der Uterushöhle betrug 12 Ctm., es entleerten sich aus dieser schleimig eitrige Massen. Pat. wurde supravaginal amputiert. Die Uterusschleimhaut ist mit lockeren, leicht blutenden polypösen Massen bedeckt. Bei der mikroskopischen Untersuchung fand man längliche und rundliche Höhlen die ausgekleidet waren mit einem einreihigen kubischen Epithel. Die Höhlen enthalten weisse Blutkörperchen und ihre Zerfallsprodukte. Es handelte sich um dilatierte Lymphgefässe, deren Endothelien sich dank dem exzessiven Wachstum in kubisches Epithel umgewandelt haben: Endothelioma lymphaticum. In den oberflächlichen Geschwulstschichten zeigen die Endothelien einen üppigen Wuchs, Zelle und Kern haben an Dimension zugenommen, lagern auf einander aber immer mit Erhaltung einer zentralen Höhle. Auf diese Weise bilden sich runde spindelförmige, polygonale Figuren oder in Form von Alveolen. Auch die Kapillaren und Blutgefässe sind stark entwickelt, wie die Lymphgefässe dilatiert und von hypertrophischen Endothelzelle bedeckt. An der Aussenseite der Gefässe finden sich auch Zellenhäufungen, die auf eine Wucherung der Endothelien in den perivaskulären Lymphräumen zurückzuführen ist. (Perithelioma).

N. Lewaschew: «Ueber retrocervikale Myome». (Nr. 10).

Eine 41-jährige Pat. hatte einen Tumor, der zwei Finger über den Nabel reichte und von der hinteren Muttermundslippe ausging. Totalexstirpation. Genesung. Das Praeparat wurde mikroskopisch untersucht, wobei konstatiert wurde, dass sich im Zentrum eine sarkomatöse Degeneration fand.

Lingen.

Westnik Oftalmologii. (Zeitschrift für Ophthalmologie). Mai—Oktober 1907.

K. Orlow: «Zur Pathologie des Auges bei der Hundswut». (Konfer.: Referat. November— Dezember 1905).

Dieses Mal war O. in den Besitz der Augen eines an Hundswut Verstorbenen gelangt. Eine ophthalmoskopische Untersuchung ist leider bei Lebzeiten nicht ausgeführt worden. Es findet sich eine genaue, durch drei Zeichnungen ergänzte mikroskopische Untersuchung. Orlow sagt zum Schluss, der mikroskopische Befund berechtige zur Annahme, dass zu Lebzeiten der Spiegelbefund einer serösen Retinochorioiditis hätte entsprechen müssen.

A. Merz: «Anatomische Untersuchung eines Falles von Kolobom der Regenbogenhaut und Aderhaut».

P. Prokopenko: «Ueber Erkrankungen des Auges infolge von Syphilis».

Fortsetzung der im März-April Heft begonnenen statistisch-klinischen Mitteilung über 249 Fälle.

J. Kriwonosow: «Syphilom des Ziliarkörpers».

Die Krankengeschichte eines 47-j. Mannes: Lues geleugnet; in der Zeit vom 6. September bis 23. Dezember erhält Patient 60 Injektionen einer 1 pCt. Lösung von Hydrargyri salicylici neutral. je 1,5 Gramm. Innerlich gleichzeitig Jodkali. Das Sehvermögen hob sich von Fingerzählen vor dem Auge bis auf 20/LXX. Nach Ewezki führt das Syphilom des Ziliarkörpers in 64 pCt. zur Erblindung.

N. Schmigelski: «Ueber den Zusammenhang der follikulären Erkrankungen der Bindehaut und des Nasen-Rachenraumes».

Von 242 Trachomkranken im Alter von 21—26 Jahren hatten gleichzeitig 159 eine Pharyngitis follicularis, sive granulosa.

K. Suchow: «Sanatorien für Augenkranke in der Krim».

Die Krim ist eines der wenigen Gebiete des Reiches, wo Trachom weniger häufig vorkommt. Auf ein Tausend Augenkranke kommen bis zu dreissig Trachomkranke, und von diesen sind die Meisten Zugewanderte. Jalta wird besonders empfohlen für die Gründung genannter Sanatorien.

A. Natanson: «Zur Kasuistik der Anomalien der Regenbogenhaut». Nebst einer Zeichnung.

Das Sehloch von ovaler Form liegt exzentrisch. Das Irisgewebe ist von neun spaltförmigen Defekten durchzogen, Dehiszenz des Irisgewebes. Gleichzeitig ist das Auge an Glaukom erkrankt.

E. Demidowitsch: «Ein Fall von angeborener Correctopia et Polycoria».

A. Kaukrow: «Echinokokkus in der Augenhöhle».

Ein 13-jähriger Knabe. Hochgradiger Exophthalmus des linken Auges, eine Geschwulst von Hühnereigrösse sitzt in der Augenhöhle hinter dem oberen Lide, leichte Fluktuation, Hornhaut des verdrängten Auges vollkommen leukomatös, Anamnese negativ. Das Leiden besteht seit mehr als drei Jahren. Die aus kosmetischen Gründen erbetene Operation ergab den Echinokokkus.

A. Natanson: «Ein Fall von diffuser Hyperplasie der Bindehaut».

Krankengeschichte eines 3-jährigen Knaben und mikroskopischer Befund. Klinisch sah der Fall so aus, als ob Amyloid vorliege. Der anatomische Befund ergab eine diffuse lymphoide Hyperplasie.

A. Zazkin: «1. Arteria hyaloidea persistens completa; Cataracta polaris posterior, Coloboma iridis, chorioideae et nervi optici oculi sinistri».

Befund an einem Manne von 22 Jahren. Visus: Finger vor dem Auge, Refraktion: im horizontalen Meridian Hypermetropie, im vertikalen Myopie. Das andere Auge normal bei Hypermetropie.

2. «Membrana pupillaris perseverans oculi utriusque; Hypermetropia magna». (+ 8 D).

W. Belilowski: «Die Augen der Schüler des Gymnasiums in Pleskau».

Auch diese Mitteilung bestätigt bereits genügend Bekanntes.

Die augenärztliche Sektion auf dem X. Pirogow-Kongresse in Moskau 26.—28. April 1907.

Sitzung am 26. April.

E. Braunstein: «Die Behandlung des Trachom's durch Radium».

Er benutzte 3 Mlg. Bromradium von hoher Aktivität. Behandelt wurden 17 Fälle mit grossen Trachomkörnern, jede Sitzung dauerte 5—12 Minuten. Wenn auch in allen Fällen anfangs eine sichtbare Rückbildung der Trachomkörner erzielt wurde, so konnte andererseits nach Aussetzen der Behandlung stets wiederum Verschlechterung beobachtet werden. B. ist der Ansicht, diese Behandlung sei wertlos.

D. Muschelow spricht über das gleiche Thema. Er hat 32 Fälle behandelt und ist mit den Resultaten zufrieden, erlaubt sich aber kein abschliessendes Urteil über die Dauererfolge dieser Behandlung.

Als Resultat der Diskussion ergiebt sich die Forderung noch sehr viel mehr Material zu sammeln und lange Zeit hindurch eine Nachkontrolle fortzusetzen.

M. Kadinski: «Ueber die Resektion der Sklera».

Eine klinische und mikroskopische Studie. K. hat Hunden Stücke aus der Sklera bis zu 5 Mm. Breite und 10 Mm. Länge entfernt. In 52,3 pCt. erfolgte glatte Verheilung, also klinisch ein gutes Resultat. An der Stelle des Ausschnittes bildet sich ein Narbengewebe ähnlich der Sklera. Dieses Narbengewebe ist oft dünner als die Sklera, hat aber unter normalen Verhältnissen keine Neigung zur Ektasiebildung. Am Aufbau des Narbengewebes beteiligt sich das Episkleralgewebe und die Aderhaut, nicht die Lederhaut. Die Seidennähte, mit welchen die Skleralwundränder vereinigt werden, können auch zurückbleiben und sich im Episkleralgewebe einkapseln. Aderhaut und Netzhaut erleiden eine bindegewebige Veränderung im Gebiete der ausgeführten Resektion. Von diesen Bindegewebssträngen gehen zuweilen zapfenförmige Ausläufer in den Glaskörperraum. Netzhautablösung kam vor in 9,5 pCt. der operierten Augen.

E. Braunstein: «Zur operativen Behandlung der Netzhautischaemie».

In zwei Fällen handelte es sich um Schachtarbeiter, die plötzlich bei der Arbeit unter der Erde erblindet waren. Da eine medikamentöse Behandlung keinen Erfolg hatte, wurde die Iridektomie ausgeführt mit vollem Erfolge. Im ersten Falle wurde das eine Auge am siebenten und das andere am elften Tage nach Eintritt der Amaurose operiert. Im zweiten Falle waren bis zur Iridektomie bereits 22 Tage verflossen. In beiden Fällen trat bereits nach 24 Stunden Lichtschein auf und weiter hob sich das Sehvermögen fast bis zum Normalen und blieb auch gut. Im dritten Falle handelte es sich um Vergiftung durch verdorbenen Fisch. Auch in diesem Falle trat zunächst eine beträchtliche Wiederherstellung des Sehvermögens ein, aber nach einigen Monaten erfolgte Atrophie der Sehnerven.

Im vierten Falle bestand allgemeine Arteriosklerose bei einem 44-jährigen. Die Iridektomie wurde 10 resp. 17 Tage nach Auftreten der Amaurose ausgeführt. Nach einem Monat konnte der Mann feine Schrift lesen.

Sitzung am 28. April.

A. Lawrentjew: Bericht über die Tätigkeit der Kommission, welche im Jahre 1904 gewählt wurde um die Frage, wie das Trachom zu bekämpfen sei, vorzubereiten. Die Kommission hat, zum Teil veranlasst durch die Zeitverhältnisse, nicht viel leisten können. Eine Diskussion über das vorliegende Material wird hinausgeschoben. Eine neue Kommission wird gewählt und die Sammelforschung soll fortgesetzt werden, um dann auf dem nächsten Pirogow-Kongresse in der augenärztlichen Sektion beraten zu werden.

P. Gurwitsch: «Ueber Indikationen zur Glaukomoperation».

G. steht dafür ein, erst die Myotika anzuwenden und darnach erst zu operieren, falls die nicht helfen. Mit Recht widersprachen ihm alle, welche das Wort ergriffen, und alle, welche sich an der Diskussion beteiligten, stellten die Iridektomie vor die medikamentöse Behandlung.

S. Braunstein berichtet über die Resultate einer physiologischen Studie «über die Lichtempfindung der Netzhaut bei einzelnen Reizungen durch Licht von kurzer Dauer».

J. Kasas: «Ueber die Nomenklatur der Augenkrankheiten».

Die Frage interessiert hauptsächlich Aerzte, welche mit der Annahme von Militärpflichtigen zu tun haben. In der Schreibweise kommen häufig Bezeichnungen vor, die nur der Spezialist sofort richtig zu deuten vermag. Es ist anzuerkennen, dass hier eine einheitliche Schreibweise notwendig ist.

G. Samurawkin: «Bericht über die Tätigkeit der Augenheilanstalt in Ekaterinenburg».

Die Anstalt wurde am 10. April 1906 eröffnet. Bis zum 1. Januar 1907, also während 9 Monaten wurden 3734 neue Kranke empfangen. Stationär wurden 304 Kranke behandelt bei 25 Betten. Operationen wurden ausgeführt 624, darunter 119 Staroperationen, Trachomkranke 14 pCt. des gesammten Materiales, unheilbar Blinde 4 pCt.

J. Rubert: «Bericht über die Tätigkeit der Augenheilanstalt zu Swenigorod für das Jahr 1906».

Ambulante Kranke 2210, Station von 16 Betten mit 229 Patienten, Operationen 601, Trachomkranke 26 pCt.

K. Orlow: «Zur pathologischen Anatomie des Trachoms».

Der Trachomfollikel ist seiner Struktur ein Lymphfollikel sui generis. Er besitzt ein Gerüst aus echtem Bindegewebe. Ein Bild ist beigefügt.

M. Auerbach: «Formes frustes der Basedow-Erkrankung».

Besteht der Verdacht, dass Basedow vorliegt, dann soll vor allem festgestellt werden, ob das Graefe'sche Symptom sich vorfindet. Für die Diagnose hat dieses Symptom eine besondere Bedeutung, wenn das eine oder andere der Kardinalsymptome fehlen, besonders in den Fällen welche Trousseau zuerst als formes frustes beschrieb. Auch ohne Exophthalmus kann das Graefe'sche Symptom bestehen. Krankengeschichte.

J. Burzew: «Ein Fall von Tuberkulose der Bindehaut an den Lidern und am Augapfel, der Hornhaut und dem Tränensack».

Krankengeschichte und mikroskopischer Befund.

J. Warschawski: «Zur Kasuistik der partiellen Aniridia».

Ein 22-jähriger Mann, beiderseits fehlt etwa 1/4 des Irisringes, Linsen klar, Hypermetropie. Rechts mit + 4 D, Visus = 6/10 bis 7/10, links mit + 4,5 D, Visus = 4/10.

L. Gischdeu: «Gummöses Geschwür auf der Bindehaut des oberen Lides».

Krankengeschichte. Heilung durch spezifische Kur.

N. Pawlow: «Ueber das Kollargol in der Augenpraxis».

Eine 5 pCt. wässerige Lösung gibt besonders gute Resultate bei Blennorrhoea neonatorum. P. behauptet, überall wo Arg. nitr. oder Protargol indiziert sei, braucht er mit besserem Erfolge Kollargol. In Form der sog. Credé'schen Salbe braucht P. das Kollargol bei Lidabszessen, Phlegmonen, unreinen Wunden der Lider. Tränensackleiden behandelt P. mit Injektionen einer 1 pCt. bis 3 pCt. Lösung. Auch zu Friktionen und zu intravenösen Injektionen ist das Kollargol verwendbar. Krankengeschichten.

Odessaer Ophthalmologische Gesellschaft.

Bericht über die Sitzungen am 6. Dezember 1905, 8. Februar, 7. März, 25. April, 10. Mai, 3. September, 1. Oktober 1906. Sehr zahlreich waren Krankenvorstellungen.

O. Walter und A. Slutschewski berichten über ihre Beobachtungen während des Krieges. Ersterer arbeitete in Irkutsk und Omsk, letzterer in Port-Artur während der Belagerung. G—n.

Wratschebnaja Gazeta (Aerzte-Zeitung.) Nr. 24—23. 1907.

M. Rostowzew: «Ueber die Sterblichkeit bei Perityphlitiden und über Indikationen zum operativen Eingreifen bei denselben nach den neuesten statistischen Daten, sowie über sog. «Frühoperationen». (Nr. 24, 25, 26 und 27).

Nach verschiedenen Zusammenstellungen ist die Mortalität bei radikalem frühem operativem Eingriffe höher, als bei abwartendem Verhalten (20,6 pCt. gegen 17,2 pCt.) und spricht sich Autor für letzteres aus, da keine stichhaltigen Gründe für sofortiges Operieren in allen Fällen vorgebracht werden können.

A. Natansohn: «Chronische multiple Entzündung der Meibom'schen Drüsen». (Nr. 24).

Autor gibt an, dass dieser Entzündungstypus in den Lehrbüchern nicht beschrieben werde.

E. Hundadze: «Zur Kasuistik der Infizierung mit Lepra». Ein Fall von «Lepra mixta».

Der 23-jährige Patient hatte einige Jahre vor Ausbruch der Lepra als Krankenwärter Lepröse gepflegt und bei einer Operation eines derselben sich die Hand verletzt.

J. Troitzki: «Die Dosierung der Arzneimittel in verschiedenen Wachstumsperioden». (Nr. 25 und 26).

Bei Tierexperimenten konnte Verf. feststellen, dass während starker Wachstumsperioden die Dosierung eine sehr vorsichtige sein muss, bei langsam steigendem oder gleich bleibendem Gewicht werden relativ bedeutend grössere Dosen vertragen.

A. Udjurminski: «Ueber das Pendin'sche Geschwür und dessen Behandlung nach Bier». (Nr. 25).

Das P'sche Geschwür, allgemein bekannt unter dem Namen Aleppo-Beule, ist ein häufiges Leiden in Zentral-Asien und unter der russischen Garnison Turkestans. Das Leiden ist chronisch, dauert meist 3—6 Monate, bisweilen selbst 8—12, nicht selten ist es begleitet von Lymphangoitis. Der Krankheitserreger ist bisher mit Sicherheit noch nicht festgestellt. Die bisher angewandten therapeutischen Methoden, Aetzungen mit verschiedenen stark wirkenden Mitteln, Ichthyol, Hg-salben, Methylenblau etc. geben keine sehr guten Resultate, dagegen ist Autor sehr zufrieden mit den Ergebnissen der Bier'schen Stauung. Heilung in 5—8, höchstens 10—15 Tagen.

A. Schmiergeld: «Die Pathogenese der psychischen Krankheiten». (Nr. 27).

Autor kommt zu folgenden Schlüssen: 1) Infektionen, Intoxikationen, Tumoren und andere organische Hirnerkrankungen spielen eine grosse Rolle in der Pathogenese psychischer Erkrankungen. 2) Einige Psychosen sind abhängig von funktionellen Mängeln des Hirns. 3) Psychische Einwirkungen wirken entschieden bei der Entstehung von Psychosen mit.

W. Kortschagin: «Ueber die Organisation der Militäreisenbahndesinfektionsdetachements». (Nr. 27).

Autor schlägt Verbesserungen vor.

L. Sobolew: «Zwei Fälle von Lichen ruber 1) Lichen ruber acuminatus und 2) Lichen ruber planus atrophicans unter Begleiterscheinungen des Lichen corneus verrucosus auf dem Unterschenkel». (Nr. 28).

Interessant ist die eigentümliche Anordnung der Lichenknötchen längs der Wirbelsäule (mit nachfolgender Atrophie) und die Effloreszenzen in Form von L. corn. verruc. am Knie.

S. Zlatogorow: «Ueber die Serumbehandlung des Scharlach durch Darminfusion». (Nr. 28).

Nach Z. ist das Moser'sche Serum das wirksamste und kann man die Unbequemlichkeit der subkutanen Injektion durch Einverleibung per Klysma umgehen. Die Dosis beträgt 2—300 Cbztm. ebenso wie subkutan. Die Verwendung in Form von Klysmen ist bequemer, Hautkomplikationen seltener und der Effekt scheint der gleiche zu sein.

S. Gernstein: «Ueber die Serumbehandlung des Scharlach nach Ergebnissen einer Epidemie». (Nr. 28).

Zur Verwendung kam Antistreptokokkenserum in 121 Fällen. Die günstigsten Ergebnisse ergab Injektion von Serum am 1. und 2. Tage (33,3 pCt. Komplikationen). Bei Einspritzung zwischen dem 3. und 5. Tage war der Prozentsatz der Komplikationen höher (40 pCt.). Bei 41 Patienten, die ganz ohne Serum behandelt wurden, noch bedeutend höher (58,5 pCt.). Die Mortalität betrug 9,8 pCt. resp. 24,2 pCt. resp. 9,7 pCt. Dass die Zahl der Gestorbenen der ohne Serum Behandelten so niedrig ist erklärt sich natürlich daraus, dass in letzter Kategorie meist leichte Fälle vorkamen und nur wenige schwere, in denen die Eltern die Erlaubniss zu einer Seruminjektion verweigerten.

W. Schiele.

Herausgeber Dr. Rudolf Wanach. Buchdruckerei v. A. Wienecke, Katharinenh. Pr. №15.


UNIVERSITY OF MICHIGAN
3 9015 08456 3827

